

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„DAS GEFÜHL, DASS NOCH WER DA IST“ –

Erleben sozialer Kontakte

im Alters- und Pflegeheim

aus der Sicht der BewohnerInnen

Verfasserin

Beatrix Breyll

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (mag. phil.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl:	A 057 122
Studienrichtung:	Pflegewissenschaft
Betreuerin:	Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

VORWORT UND DANKSAGUNG

Die steigende Lebenserwartung und bessere medizinische Versorgung führen zu einem zunehmenden Anteil an pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung. Dennoch nimmt der alte, pflegebedürftige Mensch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe im öffentlichen Interesse kaum Raum ein.

Der Widerspruch, dass ein Thema, deren direkte Auswirkungen die meisten Menschen früher oder später selbst erleben werden, jedoch von den wenigsten als brisantes Thema wahrgenommen wird, führte zu meinem Wunsch der intensiveren Auseinandersetzung mit der Thematik „Der alte Mensch im Pflegeheim“. Mit dem Schwerpunkt auf den sozialen Kontakten als Gegenpol zur häufig zitierten Einsamkeit im Alters- oder Pflegeheim war es mir gleichsam ein Anliegen, eine von den BewohnerInnen zumeist als sehr positiv erlebte Komponente des Heimlebens in den Mittelpunkt der Arbeit zu rücken.

Für die Entstehung einer Arbeit wie dieser bedarf es der Unterstützung einiger Menschen, denen ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen möchte:

Allen voran möchte ich Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl für die Begleitung und Betreuung durch die lange Zeit von der ersten Idee zur Arbeit bis zur tatsächlichen Werkvollendung danken. Stets war sie für mich und meine Anliegen erreichbar und unterstützte mich mit wertvollen Tipps und Anregungen.

Neben Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl möchte ich meinen Dank weiters an Frau Dr. Ilsemarie Walter und Frau Maria Primetzhofer von der Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz richten, die mich bei der Literatursuche und in administrativen Belangen tatkräftig unterstützt haben.

Ebenso danke ich der Stellvertretenden Pflegedirektorin des Hauses der Barmherzigkeit in Wien, 16., Frau Mag. Astrid Lang, der mein Forschungsthema ein Anliegen war und die mir Tür und Tor zu den BewohnerInnen des Hauses geöffnet hat. Weiters möchte ich mich bei den Stationsleitungen der jeweiligen Stationen und den befragten BewohnerInnen für ihre Mithilfe bedanken.

Auch die vielfältige Unterstützung von Freundinnen und Freunden sowie von KommilitonInnen war für mich von großer Bedeutung. Allen voran möchte ich an dieser Stelle Frau Mag. Teresa Kurzbauer danken, die stets ein offenes Ohr für mich hatte.

In Motivationslöchern motiviert und in Motivationsschüben vorangeschoben hat mich Markus. Ihm danke ich ganz besonders – einfach dafür, dass er da war.

Zu guter Letzt möchte ich auch meiner Familie danken, die mich stets gefördert und unterstützt hat. Ohne ihre liebevolle Zuwendung und ihr Vertrauen wäre vieles nicht möglich gewesen und diese Arbeit nie entstanden. Aus diesem Grund widme ich diese Arbeit meiner Familie.

Wien, April 2009

Beatrix Breyll

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	EINFÜHRUNG UND FORSCHUNGSFRAGE	1
1.2	GANG DER ARBEIT	2
2	THEORETISCHER TEIL	5
2.1	DAS ALTER	5
2.1.1	Definitionen	5
2.1.2	Demographische Daten	6
2.1.3	Alternsmodelle und „Erfolgreiches Altern“	10
2.2	DIE FAMILIE	14
2.2.1	Definitionen	14
2.2.2	Wandel der Familie und neue Familienkonzepte	17
2.2.3	Familiäre Beziehungen	19
2.2.4	Der pflegebedürftige Mensch in der Familie	27
2.3	DAS ALTERS- UND PFLEGEHEIM	37
2.3.1	Definitionen	37
2.3.2	Alten- und Pflegeheime in Österreich	39
2.3.3	Kritische Betrachtung des Themas „Heim“	41
2.3.4	Der Heimeintritt	44
2.3.5	Neuere Pflegekonzepte	55
3	EMPIRISCHER TEIL	63
3.1	AUFBAU DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG & METHODIK	64
3.1.1	Datenerhebung	65
3.1.2	Datenauswertung	67
3.2	DIE TEILNEHMERINNEN	73
3.3	DIE ERGEBNISSE	76
3.3.1	In Kontakt sein	78
3.3.1.1	Kontakt zur Familie	78
3.3.1.2	Kontakt zu FreundInnen	96
3.3.1.3	Kontakt zu MitbewohnerInnen	101
3.3.1.4	Kontakt zum Heimpersonal	108
3.3.2	Alleine sein	113
3.3.2.1	Einsamkeit – „irgendwie ein bisschen einsam“	114
3.3.2.2	Stille Klage – „darf mich nicht beklagen“	117
3.3.2.3	Bescheidenheit/Genügsamkeit – „ich brauch’ ja nichts“	121
3.4	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	124
4	RESÜMEE	135
5	LITERATURVERZEICHNIS	143
6	ANHANG	155
	ABSTRACT (ENGLISCH)	I
	ABSTRACT (DEUTSCH)	II
	INTERVIEWLEITFADEN	III
	LEBENS LAUF	IV

1 EINLEITUNG

1.1 Einführung und Forschungsfrage

Aufgrund der aktuellen demographischen Entwicklung in West- und Mitteleuropa, wonach sowohl die absolute als auch die relative Anzahl der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung stetig zunimmt¹, stellt sich die Frage, wie diese Menschen im Falle einer mittleren bis hohen Pflegebedürftigkeit am besten versorgt werden können. In den meisten Fällen wird die Pflege zunächst von den Familien der Betroffenen, und hier in erster Linie von den EhepartnerInnen, den Töchtern oder Schwiegertöchtern übernommen. Die Möglichkeit einer Übersiedlung in ein Alten- oder Pflegeheim wird oftmals erst dann in Betracht gezogen, wenn das familiäre Pflegenetz die Belastungen aufgrund der Pflege nicht mehr tragen kann oder eine Fremdunterbringung aufgrund steigender medizinischer Versorgungsnotwendigkeit unausweichlich wird. Der alte, pflegebedürftige Mensch wird in der Praxis in diese Entscheidung unterschiedlich stark miteinbezogen: Er ist demnach entweder handelnder Akteur, Entscheidungsträger und Hauptverantwortlicher für sein eigenes Leben, oder er erfährt Fremdbestimmung durch ÄrztInnen, Pflegende und/oder Familie. Unabhängig davon, wer der Hauptentscheidungsträger für die Übersiedlung ist, stellt der Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim einen großen Einschnitt im Leben eines Menschen dar. Bei den Betroffenen können infolge dieser einschneidenden Veränderung Relokationseffekte als Reaktion auf den Stress der Übersiedlung und der Eingewöhnung auftreten. Treten mehrere Symptome gleichzeitig auf, spricht man vom „Relocation Stress Syndrom“.²

Soziale Beziehungen tragen einen bedeutenden Beitrag zur subjektiven Lebenszufriedenheit des Menschen bei. Infolge einer Übersiedlung in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe verändert sich das soziale Netz des alten, pflegebedürftigen Menschen. Diese Veränderung kann sich sowohl in quantitativer, messbar beispielsweise an der Anzahl bzw. Dauer der Besuche oder Anrufe im Heim, als auch in qualitativer Hinsicht, welche etwa in der Intensität bzw. den

¹ Gründe für diese Zunahme der älteren Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind in der durch medizinische Fortschritte bedingten steigenden Lebenserwartung und der abnehmenden Geburtenrate zu finden. – vgl. z.B. Backes/Clemens (2003²)

² vgl. Kao et al. (2004), S. 12

Themen der Gespräche zum Ausdruck kommt, zeigen. Neben den weiter bestehenden Kontakten zwischen den HeimbewohnerInnen und ihren Familien und FreundInnen können weitere Beziehungen zu MitbewohnerInnen, Pflegenden, ÄrztInnen oder Therapeut-Innen entstehen.

Obwohl sowohl der Heimeintritt als auch die subjektive Lebenszufriedenheit von HeimbewohnerInnen in der (Pflege-)Literatur recht ausführlich behandelte Gebiete darstellen, wurde etwa der Aspekt der familiären Verbundenheit und „connectedness“ nach dem Eintritt in ein Alten- oder Pflegeheim bisher wenig beleuchtet. Neben den Beziehungen zur Familie und der familiären Verbundenheit werden in dieser Arbeit alle anderen, von den BewohnerInnen geschilderten sozialen Beziehungen alter, pflegebedürftiger Menschen in einem Alten- bzw. Pflegeheim betrachtet, wobei der Fokus auf dem subjektiven Erleben dieser Beziehungen liegt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können zum einen Sensibilität dahingehend fördern, mit welchen emotionalen und sozialen Problemen alte, pflegebedürftige Menschen, die durch eine Übersiedlung in ein Heim ihre vertraute und liebgewonnene Umgebung verlassen haben, zusätzlich zu den Herausforderungen der Adaptierung und Integration noch fertig werden müssen. Weiters soll – ausgehend von der Bedeutung der familiären Kontakte für die HeimbewohnerInnen auf das subjektive Wohlbefinden – die Wichtigkeit personen- und familienzentrierter Pflege als neuer Ansatz in der Pflege hervorgehoben werden.

Folgende Forschungsfragen werden in der Arbeit untersucht:

- a) Welche sozialen Kontakte unterhalten alte, pflegebedürftige Menschen in einem Alters- bzw. Pflegeheim und wie erleben sie diese?
- b) Was sind die Schwierigkeiten, in einem Alters- bzw. Pflegeheim bestehende soziale Kontakte aufrechtzuerhalten bzw. neue Kontakte zu knüpfen?

1.2 Gang der Arbeit

Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil gegliedert, wobei sich der theoretische Teil aus drei Kapiteln zusammensetzt. Im Folgenden werden diese Kapitel näher betrachtet:

Das erste Kapitel des theoretischen Teils widmet sich dem Alter, indem Alternstheorien und –modelle und aktuelle demographische Daten aus Österreich näher beschrieben werden. Alter wird in der Literatur nicht nur als biologischer und psychologischer Prozess, sondern als ein stark von der Kultur und Gesellschaft eines Landes geprägtes Phänomen betrachtet.³ Demnach ist Alter ein wandelbarer Begriff, für den eine Vielzahl an Definitionen existiert. Neben kurzen Beschreibungen der gängigsten Alternstheorien werden Modelle des „Erfolgreichen Alterns“ anhand der Interaktionen und Aktivitäten des alten Menschen mit bzw. in seiner Umwelt dargestellt.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit der Familie und den familiären Beziehungen. Dabei werden zunächst Definitionen des Begriffs „Familie“ diskutiert und der Wandel der Familie wird dargestellt. Weiters werden die familienrelevanten Begriffe Reziprozität, Solidarität und Ambivalenz näher erläutert. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Soziale Austausch-Theorie eingegangen. Unter der Überschrift „Angehörigenpflege“ wird in diesem Kapitel sowohl auf die Übernahme der Pflegetätigkeit durch die Familie, als auch auf die Belastungen der Angehörigen eingegangen. Ein Exkurs bietet einen kurzen Überblick über die Pflege Angehöriger in anderen Kulturen.

Das dritte Kapitel des theoretischen Teils der Arbeit behandelt das Thema „Alters- und Pflegeheim“. Einer begrifflichen Abgrenzung zu ambulanten, teilstationären und anderen stationären Einrichtungen der Altenhilfe folgt ein kurzer Überblick über den aktuellen Ist-Stand der Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ein Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf dem Heimeintritt, wobei speziell die Gründe für eine Übersiedlung und die verschiedenen Phasen des Eintritts betrachtet werden. Einen weiteren Schwerpunkt in diesem Kapitel bilden neue Pflegekonzepte, wie die Person-centered Care oder die Relationship-centered Care, welche etwa durch Biographiearbeit oder persönliche Gespräche jeweils entweder die pflegebedürftige Person selbst oder das soziale Netzwerk des Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt der Pflege stellen.⁴

³ vgl. z.B. Rosenmayr (1990), S. 21ff

⁴ vgl. dazu z.B. Talerico et al. (2003), Talerico et al. (2004)

Dem theoretischen Teil der Arbeit folgt ein empirischer Teil mit einer ausführlichen Darstellung einer an einem privaten Pflegeheim in Wien durchgeführten qualitativen Untersuchung. Dazu wurden sieben Bewohnerinnen eines geriatrischen Pflegekrankenhauses mit Hilfe eines flexiblen Interviewleitfadens interviewt, die Gespräche wurden mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Analyse der Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Nach einer theoretischen Einführung in die Analyse nach Mayring werden die zwei aus dem Textmaterial gewonnenen Hauptkategorien mit ihren jeweils drei bzw. vier Subkategorien dargestellt und mit Ausschnitten aus den Gesprächen veranschaulicht. Anschließend werden die Ergebnisse der Studie kommentiert bzw. in Verbindung zu Forschungsergebnissen anderer Studien gesetzt.

Den Abschluss der Arbeit bilden eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchung, mögliche Anregungen und Implikationen für die Pflege und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze.

2 THEORETISCHER TEIL

2.1 Das Alter

2.1.1 Definitionen

Für eine erste Annäherung an das Thema soll zunächst der allgemein gebräuchliche Begriff „Alter“ näher beleuchtet werden. Obwohl häufig verwendet, existieren für die Begriffe „Alter“ und „alter Mensch“ keine einheitlichen Definitionen und Abgrenzungen, sodass eine Vielfalt an Beschreibungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu finden ist.

Eine Möglichkeit der Differenzierung zwischen „Jungen“ und „Alten“ stellt das Pensionseintrittsalter, welches in Österreich derzeit für Männer bei 65 Jahren, für Frauen bei 60 Jahren liegt, dar. „Alter“ ausschließlich mit dem Ende der Erwerbstätigkeit gleichzusetzen, ist allerdings nicht mehr zulässig, da es aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Arbeitslosigkeit zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben kommen kann⁵, bzw. gerade bei Selbstständigen die Erwerbstätigkeit manchmal bis zum Lebensende fort dauert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bietet eine Richtlinie zur Differenzierung, indem sie Menschen in der zweiten Lebenshälfte in „ältere Menschen“ (60- bis 75-Jährige), „alte Menschen“ (75- bis 90-Jährige), „sehr Alte“ oder „Hochbetagte“ (über 90-Jährige) und „Langlebige“ (über 100-Jährige) unterteilt.⁶ Dabei ist zu beachten, dass diese Zahlen lediglich der Orientierung dienen, da die Anzahl der Lebensjahre nicht als alleiniger Indikator für Alter angesehen werden darf/kann. Beim Altern machen sich sowohl soziale, kulturelle als auch individuelle Unterschiede bemerkbar. So kann beispielsweise eine 85-jährige Frau körperlich und geistig aktiver sein als eine um 20 Jahre jüngere. Daraus hat sich eine neue Begrifflichkeit entwickelt: man spricht von den Jung-Alten und den Alt-Alten, gemessen jeweils an den Parametern Gesundheit, Aktivitätsgrad und Selbstgefühl beziehungsweise Selbstzurechnung.⁷

⁵ vgl. Backes/Clemens (2003²), S. 23

⁶ vgl. Rosenmayr (1990), S. 36

⁷ vgl. Neugarten/Neugarten (1986) – zitiert in Rosenmayr (1990), S. 37

Im Laufe des Lebens eines Menschen lassen sich weiters drei Lebensalter unterscheiden: das erste Lebensalter beschreibt Kindheit und Jugend (Ausbildungsalter), das zweite bezieht sich auf die Berufstätigkeit (aktives Alter), das dritte entspricht der Pension (Ruhealter). Mittlerweile findet sich auch der Begriff des „vierten Lebensalters“ in der Literatur wieder: Dieser beschreibt die Abschiedsperiode des Lebens, welche etwa ab 80 Jahren angesetzt wird.⁸

Altern ist jedoch nicht nur ein biologischer und psychologischer Prozess, sondern er ist stark von der Gesellschaft und Kultur eines Landes geprägt. So haben beispielsweise ein höherer Bildungsgrad, eine infolgedessen physisch weniger anstrengende Berufstätigkeit und der in Industrieländern leichtere Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung starke Einflüsse auf die biologischen Altersprozesse und das subjektive (Alters-)Empfinden.⁹

Bei vielen alten Menschen zeigt sich, dass sie Gleichaltrige als die „Alten“ bezeichnen, sich selbst dieser Gruppe hingegen nicht zugehörig fühlen. Rosenmayr spricht in diesem Zusammenhang von möglicher Verdrängung und Leugnung, oder stark unterschiedlicher, subjektiver Selbsteinschätzung.¹⁰

2.1.2 Demographische Daten

Die Bevölkerung in Österreich altert in dreifacher Weise: Erstens steigt die absolute Zahl der älteren Menschen (v.a. durch bessere medizinische Versorgung und eine höhere Lebenserwartung) stetig an, zweitens nimmt der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung aufgrund des Geburtenrückgangs auch relativ zu, drittens macht sich eine deutliche Zunahme der Hochaltrigkeit¹¹ bemerkbar.¹² Das Alter in heutiger Zeit hat sich demnach im Vergleich zum Alter früherer Generationen in folgenden Bereichen verändert: Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Tendenz, im jungen Erwachsenenalter wenige Kinder zu bekommen, reduziert sich die Phase des „Eltern-Seins“¹³ auf etwa ein Viertel der Lebenszeit. Wird der Beginn

⁸ vgl. Reiterer (2003), S. 65

⁹ vgl. Rosenmayr (1990), S. 21ff

¹⁰ Rosenmayr (1990), S. 16

¹¹ Eine Zunahme macht sich bereits bei den 60-65-Jährigen bemerkbar. Besonders deutlich wird die Zunahme allerdings bei der Gruppe der über 80-Jährigen. – vgl. Backes/Clemens (2003²), S. 37f

¹² vgl. z.B. Scholta (1997), S. 60 oder Backes/Clemens (2003²), S. 36ff

¹³ Gemeint ist hier die Zeit, in welcher die Kinder im gemeinsamen Haushalt mit ihren Eltern leben.

des Alters mit dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus gleichgesetzt, ergibt sich folglich eine im Vergleich zu früheren Generationen stark verlängerte Phase des „Alt-Seins“, da diese die Hälfte der durchschnittlichen Lebenserwartung ausmachen kann. Auch die aus der steigenden Lebenserwartung resultierende „faktische Senkung des Eintrittsalters in den Ruhestand“¹⁴ bedeutet eine Verlängerung der Phase des Alters. Dem gegenüber steht eine subjektive Verjüngung des Alters: Menschen empfinden sich subjektiv nicht als alt; im Vergleich mit anderen, zur selben Altersgruppe gehörigen Menschen bewerten sich ältere Menschen selbst als jünger, aktiver und agiler als ihre AlterskollegInnen.

Daten des statistischen Amts der Stadt Wien aus dem Jahr 2004 zufolge beträgt der Anteil der 60- bis unter 75-Jährigen 14,2% der Wiener Bevölkerung, die Gruppe der Menschen mit 75 oder mehr Jahren beträgt 8%. Betrachtet man die Altersverteilung der Bevölkerung für Frauen und Männer getrennt, so zeigt sich, dass vor allem im höheren Alter deutlich mehr Frauen als Männer leben.¹⁵ (vgl. Abb. 1) Diese Feminisierung des Alters resultiert zum einen aus der etwas niedrigeren Lebenserwartung der Männer gegenüber den Frauen, zum anderen aus der Anzahl der Kriegsgefallenen im Zweiten Weltkriegs.¹⁶

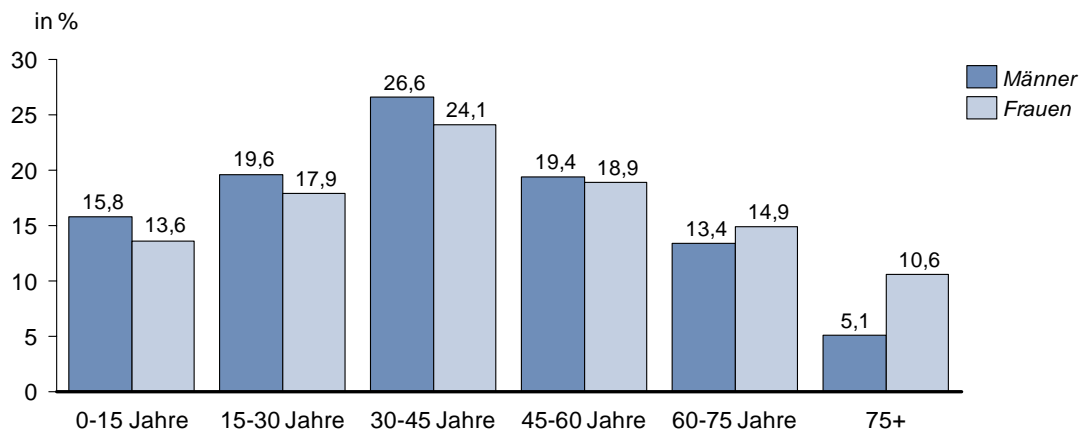


Abb. 1: Altersverteilung der Wiener Bevölkerung 2004; Angaben in Prozent
Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien (2005), Tab. 2.4, S. 22; eigene Darstellung

Aufgrund der dreifachen Alterung der Bevölkerung prognostizieren Hochrechnungen für das Jahr 2030 einen Anteil der 60- bis 74-Jährigen von ca. 20% an der Gesamtbevölkerung Österreichs, bei der Gruppe 75+ steigt der Anteil bis ins Jahr

¹⁴ Backes/Clemens (2003²), S. 43

¹⁵ vgl. Statistisches Amt der Stadt Wien (2005), Tab. 2.4, S. 22

¹⁶ vgl. Backes/Clemens (2003²), S. 44

2030 auf etwa 12%. Zusammen bedeutet das, dass ein Drittel der österreichischen Bevölkerung im Jahr 2030 60 Jahre oder älter sein wird.¹⁷

Mit der Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen in Österreich geht auch ein Anstieg altersassoziierter Erkrankungen einher. Beispiele hierfür sind etwa dementielle Erkrankungen, arteriosklerotische und osteopatische Veränderungen, Augenkrankheiten, Stoffwechselstörungen, Schlaganfälle und Herzinfarkte. Zusätzlich stellt Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer körperlicher Erkrankungen, zunehmend höhere Anforderungen an die Medizin (Geriatric) und die Pflege.¹⁸

Hochrechnungen zufolge nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege in Europa vom Jahr 2000 bis ins Jahr 2040 um 66% bzw. 69,5% zu.¹⁹ Mai bringt dazu folgende Hochrechnung, welche den Anteil der bis zum Jahr 2040 in Gemeinschaftseinrichtungen lebenden Bevölkerung zeigt, wobei er zwischen den „jungen Alten“ (65- bis 79-Jährige) und den „alten Alten“ (über 80-Jährigen) differenziert (Abb. 2a und 2b).

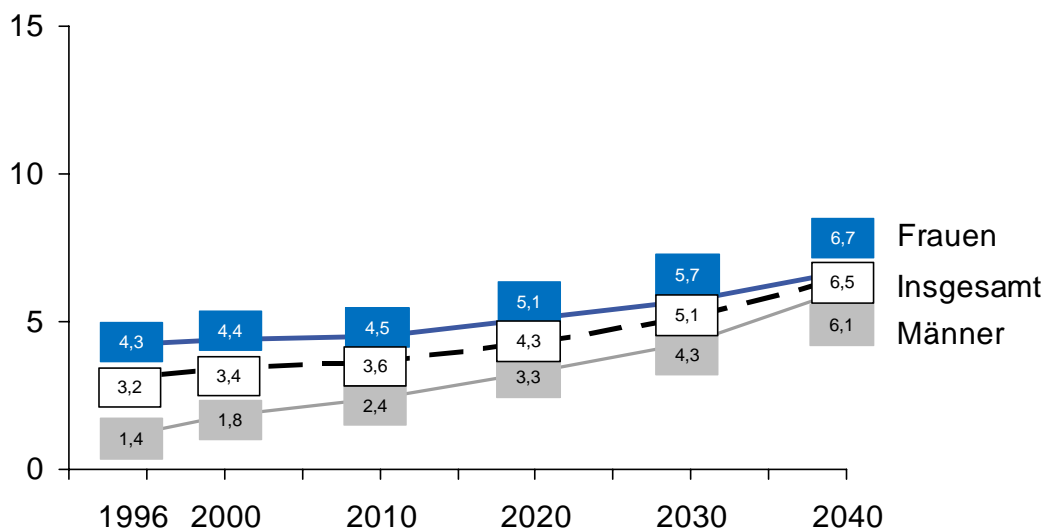


Abb. 2a: Anteil der 65 –79-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, der in Gemeinschaftseinrichtungen lebt; Quelle: Mai (2003), S. 147f; eigene Darstellung

¹⁷ vgl. Rottenhofer/Wild (2004), S. 93

¹⁸ vgl. Backes/Clemens (2003²), S. 109

¹⁹ vgl. Mai (2003), S. 161f

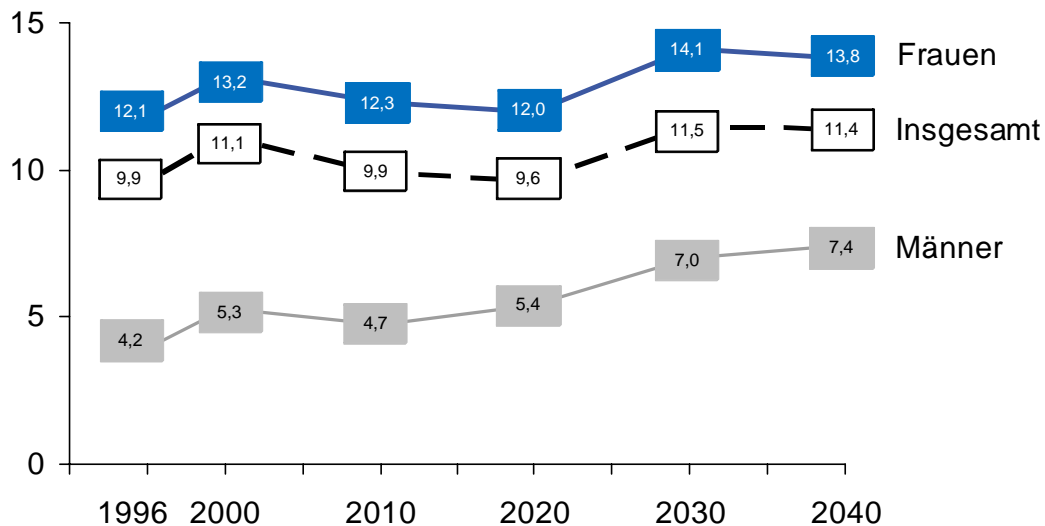


Abb. 2b: Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, der in Gemeinschaftseinrichtungen lebt; Quelle: Mai (2003), S. 147f; eigene Darstellung

Auffallend an dieser Hochrechnung ist, dass sich im Laufe der nächsten zwanzig bzw. dreißig Jahre der Anteil der über 80-Jährigen, die in stationären Einrichtungen leben, kaum verändern wird, während der Anteil der über 65-Jährigen in stationären Einrichtungen stark ansteigen wird. Dabei sind Unterschiede zwischen Männern und Frauen auszumachen: Vor allem bei den Männern steigt die Anzahl der über 65-Jährigen in stationären Einrichtungen stark an (die Zahl verdreifacht sich nahezu), bei den Frauen ist die Steigerung in dieser Altersgruppe wesentlich geringer – es kommt nicht einmal zu einer Verdopplung der Zahl. Dennoch zeigt sich anhand dieser Hochrechnung, dass die Themen „Alter“ und „Leben in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ „weibliche“ Themen sind und auch bleiben werden, da Frauen in weitaus höherer Zahl von ihnen betroffen sein werden.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Tendenz, dass Frauen bereits in jungen Jahren ein oder mehrere Kinder bekommen, ist das zeitgleiche Existieren von vier oder sogar fünf Generationen möglich geworden. Diese Entwicklung kann sich v.a. für die Frauen der mittleren Generationen, der sogenannten „Sandwich-Generationen“, nachteilig auswirken, da sie zum einen als Mütter oder Großmütter für ihre Kinder bzw. Enkelkinder da sein sollen/wollen, zum anderen möglicherweise auch eigene Eltern bzw. Großeltern zu pflegen haben.²⁰ Unklare Rollenerwartungen und Überbelastungen können die Folge sein.

²⁰ vgl. Lehr (1983), S. 8f

2.1.3 Alternsmodelle und „Erfolgreiches Altern“

Zu den Theorien des Alterns zählen vor allem zwei, einander diametral entgegengesetzte Alternsmodelle: das auf allgemeinen Abbau ausgerichtete Defizit- und das auf steter Weiterentwicklung basierende Kompetenzmodell.

Das Defizitmodell beschreibt ausgehend von biologischen Altersprozessen die Abnahme geistiger und kognitiver Fähigkeiten im Alter, wie beispielsweise Lernfähigkeit, Intelligenz und Anpassungsfähigkeit. Von diesen Verlusten aller geistigen Leistungen sind laut dem Defizitmodell alle alten Menschen betroffen, es besteht generelle und universelle Gültigkeit.²¹

Das Defizitmodell des Alterns geht mit der Disengagement-Theorie einher, welche besagt, dass die subjektive Zufriedenheit des alten Menschen nur durch Verringerung seiner sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten zu erreichen ist [vgl. a) Disengagement-Theorie]. Der alte Mensch strebe – vorausblickend auf sein Lebensende – von sich aus einen Rückzug aus dem sozialen Leben an.

Das Kompetenzmodell als ein wachstumstheoretisches Modell geht nicht von einem Abbau geistiger Fähigkeiten aus, sondern besagt, dass geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter trainierbar ist. Gewisse geistige Fähigkeiten und Erfahrungen nehmen über das Alter hinweg sogar zu. Dem genetisch bedingten körperlichen Abbau kann mit speziellen Übungen Vorschub geleistet werden, und gewisse, bereits verlorene Fähigkeiten können durch Training wiederhergestellt werden.²²

„Erfolgreiches Altern“ im Hinblick auf soziale Kontakte

Dem Begriff „Erfolgreiches Altern“ liegt die Annahme zugrunde, dass der Übertritt ins höhere Alter (z.B. durch den Eintritt in den Ruhestand) die vormals stabile Lebenssituation eines Menschen aus dem Gleichgewicht bringen und zu physischer und psychischer Instabilität des Menschen führen kann.²³ Eng mit dem Begriff des „erfolgreichen Alterns“ ist die Frage nach der Zufriedenheit im Alter verknüpft, da

²¹ vgl. Köther/Gnamm (2004⁴), S.21

²² vgl. Köther/Gnamm (2004⁴), S.21f

²³ vgl. Lehr (2007¹¹), S. 56f

eine hohe Lebenszufriedenheit als ein Indikator für eine gelungene Anpassung zwischen individuellen Bedürfnissen und den Gegebenheiten der Umwelt gesehen werden kann.²⁴ Zwei der bekanntesten Theorien dazu stellen die Disengagement- und die Aktivitätstheorie dar. Beide Theorien setzen erfolgreiches Altern eng in Verbindung zu allgemeiner Aktivität im Alter.²⁵ Die Relevanz dieser Theorien für den empirischen Teil dieser Arbeit liegt in der Bedeutung sozialer Kontakte bzw. sozialer Aktivität für die Lebenszufriedenheit alter Menschen.²⁶ Die einzelnen Theorien sollen daher besonders im Hinblick auf diese Thematik im Folgenden näher beleuchtet werden:

a) Disengagement-Theorie

Aus den Daten der in den Jahren 1955-1962 an der Universität von Chicago durchgeführten „Kansas City Study of Adult Life“, bei der 700 Frauen und Männer an einer Quer- und 300 an einer anschließenden Längsschnittuntersuchung teilnahmen, entwickelten zwei der damaligen Mitarbeiter, Cumming und Henry, im Jahr 1961 die Disengagement-Theorie.²⁷ Vertreter der Disengagement-Theorie gehen davon aus, dass der alte Mensch subjektive Zufriedenheit durch einen Rückzug aus seinem sozialen Leben erlange. Der alte Mensch habe den Wunsch nach sozialer Isolierung und nach Loslösung von seinen Rollen innerhalb der Gesellschaft. Das Leben im Alter sei auf den Tod ausgerichtet; Aktivität im höheren Alter sei daher abzulehnen, weil es der Ausrichtung auf den Tod widerspreche. Laut Disengagement-Theorie geraten diejenigen alten Menschen, die im Alter zu sozialer Aktivität angehalten werden, in einen inneren Konflikt, „da der Wunsch nach Ausdehnung des Lebensraums mit der unterschwelligen Auseinandersetzung mit dem Lebensende in Widerspruch stehe“.²⁸

Etwa ab dem 65. Lebensjahr, wenn sich der alte Mensch seiner abnehmenden Kräfte bewusst wird, setze laut VertreterInnen dieser Theorie der Prozess des

²⁴ vgl. Lehr (2007¹¹), S. 57

²⁵ vgl. Miklautz (2006), S. 68

²⁶ In einer Studie zeigte Klingensfeld die Bedeutung von Kontakten für die Lebenszufriedenheit von HeimbewohnerInnen. Auf die Frage: „Was gibt Ihnen Lebenszufriedenheit?“ wurde als häufigste Antwort von knapp mehr als der Hälfte der Befragten „Kontakte“ angegeben (Mehrfachnennungen waren möglich). – vgl. Klingensfeld (1999), S. 134f

²⁷ vgl. Miklautz (2006), S. 70

²⁸ Lehr (2007¹¹), S. 59

Disengagements ein. Dieser Prozess verlaufe bei Frauen und Männern aufgrund ihrer bisherigen unterschiedlichen Rollen und Rollenerwartungen anders, gleich sei ihnen jedoch, dass der Prozess des Disengagements ein sich selbst erhaltender ist, d.h. einmal in Gang gesetzt, halte sich der Prozess selbst aufrecht.²⁹

Die Annahmen der Disengagement-Theorie konnten durch Studien vielfach widerlegt werden. Einige dieser Untersuchungen kamen zum gegenteiligen Ergebnis, nämlich dass auch im hohen Alter „eine positive Korrelation zwischen stärkerer sozialer Partizipation und Lebenszufriedenheit“ bestehe.³⁰

b) Aktivitätstheorie

Ausgehend von der „Kansas City Study of Adult Life“, welche auch der Disengagement-Theorie zugrunde liegt, entwickelten Mitarbeiter als Gegentheorie zur Theorie des Disengagement in etwa zur selben Zeit die Aktivitätstheorie. Vorläufer dieser Theorie lassen sich bereits in den Aktivitätsthesen von Havighurst und Albrecht aus dem Jahr 1953 finden, nach welchen die Beibehaltung und Kontinuität von sozialen Aktivitäten der zentrale Faktor für erfolgreiches Altern ist.³¹

Tartler führte 1961 den Begriff „Aktivitätstheorie“ in die deutschsprachige Literatur ein. Die Theorie besagt, dass „nur derjenige Mensch glücklich und zufrieden sei, der aktiv ist, der etwas leisten kann und von anderen Menschen ‚gebraucht‘ wird“.³² Folglich sei derjenige Mensch, der keine „Funktion“ für die Gesellschaft mehr erfülle, unglücklich und unzufrieden. Im Lebensverlauf übliche Einschnitte im Aktivitätsniveau, die etwa aus der Pensionierung oder dem Tod von Freizeitpartnern resultieren, müssen durch andere Aktivitäten kompensiert werden, da nur eine sich am mittleren Erwachsenenalter orientierende Kontinuität im Aktivitätsniveau Zufriedenheit im Alter sicherstelle.³³

Ein höheres Aktivitätsniveau im Alter ermögliche dem alten Menschen ein Gefühl sozialer Eingebundenheit. Dadurch können etwaige Verlusterfahrungen, wie

²⁹ vgl. Miklautz (2006), S. 73

³⁰ Thomae (1983), S.60

³¹ vgl. Miklautz (2006), S. 69ff

³² Lehr (2007¹¹), S. 57

³³ vgl. Lehr (2007¹¹), S. 57f

beispielsweise der Austritt aus dem Berufsleben oder zunehmende gesundheitliche Einschränkungen, leichter bewältigt werden. Dabei seien Aktivitäten in Gruppen, sowohl formelle (beispielsweise ehrenamtliche Tätigkeiten) als auch informelle (etwa Aktivitäten im Familien- oder Freundeskreis), von größerer Bedeutung als Einzelaktivitäten wie Lesen oder Fernsehen.³⁴ Der Erhalt sozialer Rollen sei im Besonderen anzustreben.

Die Aktivitätstheorie, obwohl von vielen Seiten ob ihres fehlenden Hypothesensystems kritisiert, wurde vielfach als Grundlage für diverse aktivitätsorientierte Ansätze und Theorien herangezogen. Eine Umsetzung des Aktivitätsansatzes in der stationären Altenhilfe um jeden Preis ist jedoch trotz der in einigen Studien erwiesenen höheren Zufriedenheitswerte durch gesteigerte Aktivität abzulehnen, da die Bedürfnisse des einzelnen Menschen nicht adäquat berücksichtigt werden können. Individuelles, bedürfnisorientiertes Arbeiten statt Re-Aktivierung und Motivation um jeden Preis erfasst den einzelnen Menschen in seiner Ganzheit und stellt somit einen entscheidenden Faktor für Lebenszufriedenheit dar.

c) Sozioemotionale Selektivitätstheorie

Ein Ansatz zur Alters-Zufriedenheits-Forschung, welcher individuelle Unterschiede berücksichtigt, ist die Theorie der sozioemotionalen Selektivität von Carstensen. Die Theorie besagt, dass „Menschen im Laufe ihres Lebens zunehmend selektiv in der Wahl ihrer Kontaktpartner werden“³⁵. So gewinnen im Alter jene Kontakte an Bedeutung, welche dem eigenen emotionalen Wohlbefinden nützen; Kontakte, welche primär dem Informationsgewinn dienen, werden hingegen vernachlässigt. Der Grund für diese Veränderung in den Beziehungspräferenzen könnte im mit zunehmendem Alter stattfindenden Wechsel der Entwicklungsziele zu finden sein: Während in jüngeren Jahren Kontakte eher dem Zweck der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit bzw. der Förderung beruflicher Karrierechancen dienen, verliert dieser Aspekt mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Von höherer Wichtigkeit ist im Alter hingegen der Aspekt des emotionalen Gewinns, „der aus der Interaktion mit anderen Menschen erwächst“³⁶.

³⁴ vgl. Miklautz (2006), S. 71

³⁵ Kruse/Wahl (1999), S. 334

³⁶ Kruse/Wahl (1999), S. 334

2.2 Die Familie

2.2.1 Definitionen

Die Familie ist das primäre Bezugssystem des Menschen. Darin bekommt er Geborgenheit und Vertrauen, Prägung und Sozialisation vermittelt. Mit dem Rückhalt und der Stabilität, die er in diesem ersten Bezugssystem erfährt, erkundet er die Welt außerhalb der Familiengrenzen und eröffnet sich so weitere Bezugssysteme. Die Familie spielt somit für die Entwicklung eines Menschen eine ganz bedeutende Rolle. Die Familie mit ihren Rollenzuteilungen und -erwartungen, ihrem Einfluss auf andere Personen oder soziale Systeme und ihrem Wandel über die letzten hundert Jahre ist daher auch häufig Gegenstand aktueller Forschung.

Da das Thema „Familie“ ein sehr umfangreiches ist, soll an dieser Stelle kein Überblick über alle familienrelevanten Themen unternommen werden, sondern der Schwerpunkt wird auf verschiedene Definitionen von Familie und auf wesentliche Begriffe der Familiensoziologie gelegt.

Durkheim unterteilt Familie in zwei Zonen: Die primäre Zone, die sogenannte Gattenfamilie, setzt sich aus verheirateten Eltern und ihren im selben Haushalt lebenden, unverheirateten Kindern zusammen.³⁷ Der sekundären Zone gehören alle weiteren Verwandten an. Parsons' Begriff der „isolated nuclear family“³⁸ unterstreicht diese Trennung zwischen Familie und Verwandtschaft auf ökonomischer, sozialer und räumlicher Ebene.³⁹ Die Kernfamilie nach Parsons ist das „Ergebnis der Ausdifferenzierung unterschiedlicher Funktionsbereiche moderner Gesellschaften“.⁴⁰

Ausgehend von den Definitionen Durkheims und Parsons' unterscheidet man bei dem Begriff „Familie“ heute zwischen der Kernfamilie und der erweiterten Familie. Die Kernfamilie, zu welcher Eltern mit im selben Haushalt wohnenden Kindern zu

³⁷ vgl. Wagner (2002), S. 229

³⁸ Der Begriff „Isolation“ meint keine völlige Trennung des (Ehe-)Paares von der Herkunftsfamilie, sondern soll die Unabhängigkeit und eine gewisse Distanz der „nuclear family“ zur Herkunftsfamilie unterstreichen. Dennoch finden zwischen Mitgliedern der „nuclear family“ und der Herkunftsfamilie Kontakt und Austausch statt. – vgl. Singly (1994), S. 89

³⁹ vgl. Wagner (2002), S. 229

⁴⁰ Bertram (2000), S. 117

zählen sind, war vor allem in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg ein weit verbreitetes Familienmodell.⁴¹ Zur Großfamilie oder erweiterten Familie werden zusätzlich weitere Verwandte, wie Großeltern, Onkeln/Tanten, etc., gezählt.⁴²

Eine für möglichst viele Kulturen zutreffende Definition von „Familie“, welche auch den steten Wandel und die Veränderungen von Familienstrukturen berücksichtigt, stammt von Nave-Herz.⁴³ Folgende Merkmale kennzeichnen laut Nave-Herz Familie:⁴⁴

- Die „biologisch-soziale Doppelnatur“⁴⁵, welche der Familie zu eigen ist, d.h. die Familie erfüllt gleichzeitig eine biologische Reproduktions- und eine frühkindliche Sozialisationsfunktion;
- Die Generationsdifferenzierung, nach welcher Angehörige unterschiedlicher Generationen zu verschiedenen „Gruppen“ gehören (z.B.: Urgroßeltern – Großeltern – Eltern – Kinder); und
- Das spezifische Kooperations- und Solidaritätsverhältnis zwischen den einzelnen Mitgliedern.

Eine weitere Definition von Familie liefert der Vierte Familienbericht aus Deutschland. Familie wird als „eine Gruppe von Menschen, die miteinander verwandt, verheiratet oder verschwägert sind“ verstanden, „gleichgültig, ob sie zusammen oder getrennt leben, ob die einzelnen Mitglieder noch leben oder bereits verstorben sind“.⁴⁶ Nach dieser Definition, welche eine gemeinsame Haushaltsführung nicht zum Einschlusskriterium für Familie macht, kann Familie auch als soziales Netzwerk – als Beziehungsgeflecht zwischen Personen, Gruppen oder Organisationen – verstanden werden.⁴⁷

Betrachtet man den alltagssprachlich sehr häufig und in verschiedenen Bedeutungen gebrauchten Begriff „Familie“ näher, so muss man zwischen einer makro- und einer mikroperspektivischen Sichtweise unterscheiden. Aus makroperspektivischer Sicht

⁴¹ vgl. Schulz (1998⁵), S. 270

⁴² vgl. z.B. Reiterer (2003³), S. 75

⁴³ vgl. Nave-Herz (2002b), S. 2

⁴⁴ vgl. Nave-Herz (2004), S. 30f

⁴⁵ Dallinger (1997), S. 28f

⁴⁶ vgl. Vierter Familienbericht BMJFFG 1986: 14: Die Situation der älteren Menschen in der Familie; zitiert in: Wagner (2002), S. 227

⁴⁷ vgl. Wagner (2002), S. 228f

bezeichnet „Familie“ eine Institution, welche für die Gesamtgesellschaft bestimmte gesellschaftliche Leistungen zu erbringen hat, mikroperspektivisch gesehen beschreibt „Familie“ ein Teilsystem der Gesellschaft mit spezifischen Rollen und Interaktionsregeln.⁴⁸

Aus der Familien- und Netzwerkforschung stammen die Begriffe „Familie im Netzwerk“ und „Familie als Netzwerk“. „Familie im Netzwerk“ betrachtet Familie als eine Haushaltseinheit, welche von selbst Systemgrenzen ausbildet und Beziehungen mit der Umwelt suchen und unterhalten muss. „Familie als Netzwerk“ stellt die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern in den Vordergrund. Dabei werden sowohl haushaltsinterne als auch -externe Familienbeziehungen betrachtet, die Haushaltsgrenze wird aufgehoben.⁴⁹

Für den Begriff „Familie“ existieren auch weiter gefasste Definitionen, welche das Einschlusskriterium für „Familie“ verändern und den Begriff somit ausdehnen. Betrachtet man Familie als „eine von persönlichen Beziehungen der Mitglieder zueinander geprägte Gemeinschaft“⁵⁰, so werden nicht nur Personen, zu denen ein biologisches oder rechtliches (z.B. durch Heirat oder Adoption) Verhältnis besteht, als Familie bezeichnet, sondern es können auch enge Freunde, Nachbarn und/oder Haustiere dazugezählt werden.⁵¹

Für die Pflege bietet diese Sichtweise auf das System „Familie“ den adäquatesten Zugang. Da Familienzugehörigkeit subjektiv erlebt wird, ist es für die Pflege in Institutionen unbedingt nötig zu wissen, wer für den Betroffenen zum Familienverbund gehört und wer davon ausgeschlossen ist. Dabei können Freunde oder Nachbarn wichtige familiäre Funktionen erfüllen und biologisch nahe Verwandte als familienfremd betrachtet werden.⁵² Es bedarf daher einer genauen und individuellen Betrachtung der jeweiligen Familiensituation. Nach Friedmann sind Familien „an ihren beobachtbaren Handlungen zu erkennen, die Aufschluss über ihre Ziele und ihre Kongruenz geben“⁵³.

⁴⁸ vgl. Nave-Herz (2004), S. 30

⁴⁹ vgl. Wagner (2002), S. 227

⁵⁰ Schulz (1998⁵), S. 270

⁵¹ vgl. z.B. Friedemann (1996), S. 31

⁵² vgl. Friedmann (1996), S. 31ff

⁵³ Friedemann (1996), S. 71

2.2.2 Wandel der Familie und neue Familienkonzepte

Familienkonzepte sind einem steten Wandel unterlegen. Vergleicht man familienstatistische Darstellungen heutiger Zeit mit jenen früherer Jahrzehnte, so lässt sich der Wandel der Kernfamilie⁵⁴ anhand einer Vielzahl an variierten Familienformen erkennen, welche zwar keine neuartigen Konstrukte sind, da sie zu einem Großteil bereits in früheren Zeiten existierten, die aber dennoch heute in steigender Zahl zu finden sind. Ein Beispiel hierfür stellt die sogenannte Patchwork-Familie dar, welche „durch Wiederverheiratung von Müttern und/oder Vätern (mit Kindern aus früheren Ehen oder Partnerschaften) und zusätzlich eigenen, gemeinsamen Kindern“⁵⁵ entsteht. Obwohl in jüngerer Zeit eine Zunahme an diesen Familienformen zu verzeichnen ist, kann nicht von einer neuen Lebensform gesprochen werden, da sie in vorindustrieller Zeit weiter verbreitet war als heute.⁵⁶

Auch die Anzahl der Ein-Eltern-Familien, also die Anzahl der AlleinerzieherInnen, ist seit Mitte des 20. Jahrhunderts geringfügig angestiegen, trotzdem stellt die Zwei-Eltern-Familie in Europa mit Abstand die häufigste Familienform dar. Abb. 2 zeigt die Verteilung deutscher Haushalte in unterschiedliche Familienformen im Jahr 2000:

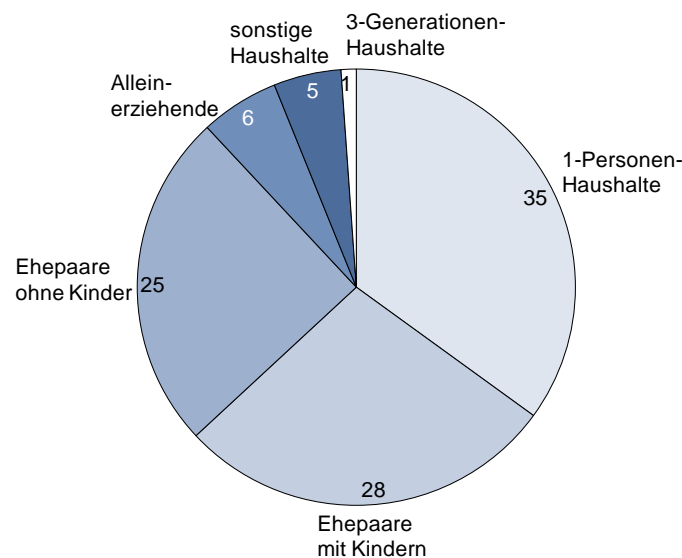


Abb. 3: Familienformen deutscher Haushalte 2000; nach Nave-Herz (2004), S. 70, eigene Darstellung

⁵⁴ Walter beschreibt die Verringerung der Kinderzahl, die wachsende Instabilität der Bindungen und die Infragestellung der Geschlechterrollen als Zeichen des aktuellen Wandels der Kernfamilie. – vgl. Walter (1993), S. 332

⁵⁵ Nave-Herz (2004), S. 67

⁵⁶ vgl. Nave-Herz (2004), S. 67

Die besondere Aufmerksamkeit der neueren Familienforschung gilt der Multi-Generationen-Familie („multi-generation family“), welche in der Literatur aufgrund ihrer langen, dünnen Form oftmals als „beanpole family“ bezeichnet wird. Gründe für diese Form liegen zum einen im gleichzeitigen Nebeneinanderbestehen mehrerer Generationen mit steigender Lebenserwartung, zum anderen in der geringeren Anzahl an Kindern pro Familie und der kürzeren Partnerschaftsdauer.⁵⁷ Die Multi-Generationen-Familie ist jedoch nicht mit dem Mehrgenerationenhaushalt ident, welcher fälschlicherweise als Hauptform familialen Zusammenlebens in vor-industrieller Zeit angesehen wird.⁵⁸ Tatsächlich gab es weder zu dieser Zeit noch heute eine große Anzahl sogenannter Mehrgenerationenhaushalte, welche sich durch das gleichzeitige Zusammenleben mehrerer Generationen in einer Wirtschaftseinheit definieren. Gründe lagen in vorindustrieller Zeit in der geringeren Lebenserwartung und das – durch finanzielle Not bedingte – höhere Alter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes. Heute wäre ein Zusammenleben mehrerer Generationen grundsätzlich möglich, jedoch entspricht es nicht der gegenwärtigen, stark auf Individualität und finanzielle Unabhängigkeit ausgerichteten Familienkultur.

Familienverbände der vorindustriellen Zeit bestanden selten aus mehr als zwei Generationen, da frühe Sterblichkeit und ein spätes Heiratsalter eine Erweiterung zu Mehrgenerationenhaushalten verhinderten. Heutzutage wären aufgrund der Steigerung der Lebenserwartung und der gegenwärtigen Tendenz, in jungen Jahren Kinder zu bekommen, Drei-, Vier- oder sogar Fünfgenerationenhaushalte prinzipiell möglich⁵⁹, doch herrscht die Kultur, möglichst unabhängig von der Elterngeneration zu leben. Laut dem Datenreport 2004 der Bundesrepublik Deutschland leben nur etwa 2% der 65-Jährigen und Älteren in einem Dreigenerationenhaushalt mit einer Kinder-, Eltern- und Großelterngeneration.⁶⁰ Für die österreichische Bevölkerung kann von ähnlichen Daten ausgegangen werden. Die finanzielle Unabhängigkeit der älteren Generation etwa durch staatliche Rentenzahlungen oder private Pensionsvorsorge begünstigt diese Tendenz zu getrennten Haushalten der Generationen.⁶¹

⁵⁷ vgl. Brannen et al. (2004), S. 2

⁵⁸ vgl. Peuckert (1991), S. 186f

⁵⁹ vgl. z.B. Nave-Herz (2002a), S. 9

⁶⁰ vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland / www.destatis.de

⁶¹ vgl. Rosenmayr (1990), S. 165

Bertram verwendet zur Beschreibung einer neuen Familienstruktur in Deutschland den Begriff der „multilokalen Mehrgenerationenfamilie“. Darunter versteht er Familienbeziehungen, bei denen die Mitglieder „nicht notwendigerweise in einem Haushalt wohnen, sondern in mehreren Haushalten“, die aber „dennoch enge, persönliche und familiär intime Beziehungen unterhalten“.⁶² Diese Definition entspricht Rosenmayrs Begriff der „Intimität auf Abstand“ (vgl. 2.2.3).

2.2.3 Familiäre Beziehungen

Im Folgenden sollen familiäre Beziehungen in Bezug auf ihre internen Unterstützungs- und Hilfetransfers betrachtet werden. Ein umfassender Blick auf familiäre Beziehungen im Allgemeinen ist an dieser Stelle zwar nicht möglich, doch soll eine nähere Betrachtung intergenerativer Beziehungen stattfinden.

Intergenerative Beziehungen⁶³ beschreiben „das Verhältnis zwischen alten Eltern und erwachsenen Kindern in der späten Phase des Lebenszyklus“⁶⁴. Sie beinhalten „Prozesse der gegenseitigen Beeinflussung, des Austausches und der Unterstützung“.⁶⁵ In vielen Fällen stehen Eltern und ihre erwachsenen Kinder in einem Austauschverhältnis, welches als ausgeglichen angesehen werden kann. So steht einer Unterstützungsleistung der Eltern-Generation an ihre erwachsenen Kinder mindestens eine Gegenleistung gegenüber.⁶⁶ Tritt in einer Familie allerdings Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds auf und übernimmt die jüngere Generation diese (Pflege-)Aufgabe, so kommt es zunächst zu einem Bruch in diesem ausgewogenen, gegenseitigen Austauschverhältnis⁶⁷, und es bedarf einer Neuorganisation der Familienstrukturen.

Obgleich Studien zeigen, dass die Pflege von Familienmitgliedern durch Angehörige als Liebesbeweis gesehen und bezeichnet wird, spielt auch hier Reziprozität eine Rolle: Denn nicht nur Dienstleistungen wie Unterstützung und Betreuung oder

⁶² Bertram (2000), S. 101

⁶³ Wird im Folgenden von Generationen oder intergenerativen Beziehungen gesprochen, so ist dabei die mikrospezifische Sichtweise gemeint. Es geht daher um Interaktionen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Familienkultur. Auf die Betrachtung gesamtultureller Generationenbeziehungen wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

⁶⁴ Dallinger (1997), S. 29

⁶⁵ Lüscher/Liegle (2003), S. 54

⁶⁶ vgl. Brannen et al. (2004), S. 155f

⁶⁷ vgl. Dallinger (1997), S. 29

materielle Leistungen können in Wechselseitigkeit ausgetauscht werden, sondern auch Emotionen und Werthaltungen.⁶⁸

Im Alterssurvey 1996 aus Deutschland werden vier Motive für Unterstützungsleistungen an Angehörige erfragt: Zuneigung, Reziprozität/Austausch, normative Verpflichtung und Altruismus. Die am häufigsten genannte Antwort war die Kombination aus Zuneigung, Reziprozität und Verpflichtung (21%), dicht gefolgt von der Kombination aller 4 Antwortmöglichkeiten (20,5%). Nennungen eines einzelnen Motivs rangierten an den letzten Plätzen (1 – 4,5%).⁶⁹ Dem kann entnommen werden, dass bei der Entscheidung zur Unterstützung Angehöriger selten nur ein einziger Aspekt berücksichtigt wird, sondern dass eine Vielzahl an Faktoren entscheidend ist.

Höpflinger betrachtet Generationenbeziehungen vor allem aus dem Blickwinkel der Abhängigkeit zwischen den Generationen. Sowohl jüngere als auch ältere Generationen sind in Betreuung und Pflege/Unterstützung von den mittleren Generationen abhängig, die Beziehungen zwischen den Generationen sind folglich asymmetrisch. Höpflinger spricht daher nicht von „Generationenbeziehungen“, sondern von „Abhängigkeiten“.⁷⁰ Diese Asymmetrie wird inter- und intragenerativ dadurch verstärkt, dass der Anteil betreuender/pflegender Frauen wesentlich höher ist als der der Männer.⁷¹

Obwohl die ältere Generation selten mit ihren erwachsenen Kindern (und deren Kindern) unter einem Dach wohnt, besteht in vielen Fällen dennoch eine große Nähe zwischen den Generationen. Rosenmayr beschreibt dieses Phänomen als „Intimität auf Abstand“, wonach aufgrund ausreichender Abgrenzungen Nähe ermöglicht und begünstigt wird.⁷² Tartler bezeichnet selbiges als „innere Nähe bei äußerer Distanz“⁷³, wodurch einerseits der Wunsch des alten Menschen nach räumlicher Trennung der Generationen, andererseits auch nach Aufrechterhaltung der Familienbeziehungen deutlich wird. Der alte Mensch möchte ein unabhängiges,

⁶⁸ vgl. Brannen et al. (2004), S. 165f

⁶⁹ vgl. Kühnemund und Motel (2000), S. 130

⁷⁰ vgl. Höpflinger (1993), S. 299

⁷¹ vgl. Höpflinger (1993), S. 299ff

⁷² vgl. Rosenmayr (1990), S. 166ff

⁷³ Tartler (1961), zitiert in: Dallinger (1997), S. 38

selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen⁷⁴, innerhalb seines familiären bzw. sozialen Netzwerkes jedoch Nähe und Verbundenheit erleben. Durch Distanz kann weiters Ambivalenz in Familienbeziehungen reduziert werden⁷⁵ (vgl. „Ambivalenz“).

In der relevanten Literatur zu intergenerativen Beziehungen werden vor allem zwei Begriffe immer wieder verwendet: der Begriff der „Solidarität“ und der der „Reziprozität“.⁷⁶ In der jüngeren Literatur zu Generationenbeziehungen findet sich auch der Begriff der „Ambivalenz“. Neben einer genaueren Betrachtung dieser Begriffe soll im Folgenden auch auf die Theorie des Sozialen Austauschs als Beispiel für einen sozialpsychologischen Erklärungsansatz für Tauschbeziehungen zwischen Generationen eingegangen werden.

a) Reziprozität

In der familiensoziologischen Literatur findet sich häufig der Begriff der Reziprozität, also der Wechselseitigkeit von Leistungen, etc. In Generationenbeziehungen gibt es jedoch selten eine „vollständige und unmittelbare Äquivalenz“ von Leistungen, da Kinder zu der Erbringung adäquater Gegenleistungen noch nicht und alte, pflegedürftige Menschen nicht mehr in der Lage sind.⁷⁷ Trotzdem werden laut Nave-Herz von Seiten der Familienmitglieder die Unterstützungsbeziehungen untereinander als ausgeglichen beschrieben.⁷⁸

In intergenerativen Austauschbeziehungen ist das Verhältnis zwischen Geben und Nehmen nicht immer ausgeglichen. Trotzdem sind viele der ausschließlichen Empfänger von intergenerativen Leistungen der Meinung, auch selbst zu geben.⁷⁹ Diese Art, eine auftretende kognitive Dissonanz zu reduzieren, beschreibt Singly als ein „Insistieren auf der Behauptung, es existiere ein gegenseitiges Geben und Nehmen“⁸⁰. Dem Sprichwort „Geben ist seliger denn Nehmen“ zufolge lässt sich tatsächlich erkennen, dass „Nur-Geben“ als ehrenhafter angesehen wird als „Nur-

⁷⁴ vgl. Dallinger (1997), S. 38

⁷⁵ vgl. Rosenmayr (1990), S. 167f

⁷⁶ vgl. z.B. Szydlík (2000), S. 33f; Brannen et al. (2004), S. 163ff

⁷⁷ vgl. Walter (1993), S. 335 und S. 340

⁷⁸ vgl. Nave-Herz (2004), S. 221

⁷⁹ vgl. Singly (1994), S.101

⁸⁰ vgl. Singly (1994), S.101f

Nehmen“. Ausschließlich Empfänger intergenerativer Leistungen zu sein, kann sich negativ auf Psyche und Gesundheit auswirken und – in Kombination mit anderen möglichen Ursachen – beispielsweise in einer depressiven Symptomatik resultieren.⁸¹

Reziprozität kann in zwei unterschiedlichen Arten auftreten: man unterscheidet dabei generalisierte und spezifische Reziprozität. Unter generalisierter Reziprozität wird diejenige Wechselseitigkeit verstanden, bei welcher Leistungen (wie beispielsweise die Pflege von Kindern) von Generation zu Generation weitergegeben werden; d.h. der Empfänger dieser Leistung durch seine Elterngeneration wird zum Geber derselben Leistung an die nächstfolgende Generation. Spezifische Reziprozität meint den direkten (aber nicht unbedingt zeitgleichen) Austausch von Leistungen, wie beispielsweise die Pflege/Betreuung von Kindern gegen die Pflege der Elterngeneration.⁸²

Das Prinzip der intergenerativen Reziprozität ist ein durch Erfahrung Erlerntes. Brannen et al. konnten in ihrer Studie zeigen, dass Familienmitglieder, die in Phasen ihres Lebens (v.a. während der Kindheit der Nachkommen) Unterstützung von Eltern/Angehörigen erfahren haben, selbst viel eher Pflege und Unterstützung für ältere Familienmitglieder leisten als das bei Familienmitgliedern ohne die Erfahrung von erhaltenen Unterstützungsleistungen der Fall ist.⁸³ Diese Wechselseitigkeit richtet sich jedoch nicht nur an diejenigen, die Leistungen/Unterstützung gegeben haben, sondern kann sich auch an nachfolgende Generationen richten.⁸⁴ Reziprozität wird dadurch als normatives, familiäres Prinzip von Generation zu Generation weitergegeben.

Reziprozität und Affekt sind wichtige Einflussfaktoren bei der Übernahme von Pflegetätigkeiten für ein Familienmitglied, doch hat sich in einer Studie von Qureshi und Walker gezeigt, dass das Vorhandensein von Affekt und Reziprozität keine unbedingt notwendige Bedingung für die Familienpflege darstellt.⁸⁵

⁸¹ vgl. Singly (1994), S.102

⁸² vgl. Brannen et al. (2004), S. 174

⁸³ vgl. Brannen et al. (2004), S. 155f

⁸⁴ vgl. Brannen et al. (2004), S. 156

⁸⁵ vgl. Walker (1996), S. 26

b) Solidarität

Jene Kraft, welche Familien zusammenhält, wird unterschiedlich bezeichnet: In der deutschsprachigen Literatur wird vor allem von Solidarität und Zusammengehörigkeitsgefühl gesprochen, in der englischsprachigen Literatur finden sich die Begriffe *solidarity*, *bonding*, *cohesion* oder *integration*.⁸⁶

Eine sehr anschauliche und umfassende Definition des Solidaritätsbegriffs stammt von Rein: „The term *solidarity* is based on the idea that the feeling of togetherness, based on close family ties, provides a basis for identification which, in turn, leads to a willingness to provide mutual assistance.“⁸⁷ Oftmals wird in der Literatur jedoch nicht der Versuch einer ganzheitlichen Definition von Solidarität unternommen, sondern es werden einzelne Dimensionen des Begriffs speziell betrachtet.⁸⁸

Szydlík beschreibt drei Dimensionen familialer Generationensolidarität: funktionale, affektive und assoziative Solidarität. Funktionale Solidarität bezieht sich auf familiäre Austauschhandlungen wie monetäre oder instrumentelle Transfers; affektive Solidarität meint Gefühlshaltungen innerhalb der Generationen; assoziative Solidarität zielt auf Kontakte oder gemeinsame Aktivitäten.⁸⁹ Generationenbeziehungen weisen in all diesen drei Aspekten hohe Solidaritätswerte auf.⁹⁰

Von Bengtson und Schrader stammt ein Modell für familiäre Solidarität, welches sich aus sechs Komponenten zusammensetzt, wobei jede Komponente jeweils andere Parameter betrachtet:⁹¹

- 1) *associational solidarity*: Häufigkeit und Muster der Interaktionen bei verschiedenen Aktivitäten
- 2) *affectional solidarity*: Art und Grad der positiven Gefühle anderen Familienmitgliedern gegenüber, und Grad der Reziprozität dieser Gefühle
- 3) *consensual solidarity*: Grad der Übereinstimmung in Werten und Einstellungen innerhalb der Familie

⁸⁶ vgl. McChesney/Bengtson (1988), S. 15

⁸⁷ Rein (1994), S. 1

⁸⁸ vgl. Szydlík (2000), S. 34f

⁸⁹ vgl. Szydlík (2000), S. 38f

⁹⁰ vgl. Kohli/Szydlík (2000), S. 11

⁹¹ vgl. Bengtson/Schrader (1982), S. 116 – zitiert in: McChesney/Bengtson (1988), S. 23f

- 4) functional solidarity oder exchange: Grad der gegenseitigen Unterstützung oder Austausch von Leistungen
- 5) normative solidarity: Wahrnehmung und Darstellung von Normen familiärer Solidarität
- 6) intergenerational family structure: Anzahl, Art und räumliche Nähe der Familienmitglieder

Eine kritische Betrachtung der Bedeutung von Solidarität stammt von Walter. Für ihn bedeutet Solidarität eine besondere Form der (normativen) Verpflichtung zwischen Verwandten der direkten Linie. Solidares, intergeneratives Handeln unterliegt Handlungszwängen, welche den Agierenden oftmals nicht bewusst sind. Ein Handeln gegen diese Normen kann gegebenenfalls Sanktionen zur Folge haben.⁹² Auch Nave-Herz betrachtet Familiensolidarität kritisch: Sie bezeichnet sie als eine „unhinterfragte Norm“, als „ein traditionales Verhalten im Sinne Max Webers“⁹³.

Laut Nave-Herz ist das Kooperations- und Solidaritätsverhältnis ein wesentliches Merkmal von Familie (vgl. 2.2.1). Dieses tritt allerdings nicht nur innerhalb der biologisch-rechtlich verbundenen Familienmitglieder auf, sondern kann sich auch auf weiter entfernte Angehörige oder außenstehende Personen beziehen, wodurch die weit gefasste Definition von Familie unterstrichen wird. Dabei ist Solidarität nicht nur wichtig, wenn sie aktiv gelebt bzw. ausgeübt wird, sondern das bloße Wissen um und das Vertrauen auf diese familiäre Verbundenheit und diesen Zusammenhalt geben ein Gefühl der Sicherheit.⁹⁴

Solidarität tritt in Familien in unterschiedlicher Ausprägungsintensität auf: So beschreibt Szydlik Autonomie als Gegenpart („Nicht-Vorhandensein“) von Solidarität, bei der die Unabhängigkeit der einzelnen Familiengenerationen hervorgehoben wird. Zwischen diesen beiden Polen Solidarität und Autonomie befindet sich die Dimension der „gebrochenen Solidarität“, welche in verschiedenen Ausprägungen deutlich werden kann (z.B. durch „Intimität auf Abstand“).⁹⁵

⁹² vgl. Walter (1993), S. 341ff

⁹³ Nave-Herz (2004), S. 222

⁹⁴ vgl. Szydlik (2000), S.104

⁹⁵ vgl. Szydlik (2000), S. 41ff und 116

Das Solidaritätsprinzip ist in verschiedenen Kulturen in unterschiedlicher Weise verankert und legitimiert. So erlangt es beispielsweise in islamischen oder konfuzianischen Ländern über Religion und Tradition [vgl. 2.2.4 c) Pflege Angehöriger aus der Sicht anderer Länder/Kulturen], in mittel- und westeuropäischen Ländern über Verträge und Gesetze Gültigkeit.⁹⁶

c) Ambivalenz

Viele Betrachtungen zu Generationenbeziehungen liefern ein ausschließlich positiv gefärbtes Bild, welches durch Gegenseitigkeit und Zusammenhalt gekennzeichnet ist. Tatsächlich sind familiäre Beziehungen nicht ausschließlich entweder harmonisch oder konfliktbeladen, sondern sie beinhalten Widersprüche und Ambivalenzen, welche nicht aufgelöst werden können.⁹⁷ Von Ambivalenzen in Generationenbeziehungen spricht man dann, wenn „gleichzeitige Gegensätze des Fühlens, Denkens, Wollens, Handelns und der Beziehungsgestaltung, die für die Konstitution individueller und kollektiver Identitäten relevant sind, zeitweise oder dauernd als unlösbar interpretiert werden“.⁹⁸ Ambivalenz entsteht laut Lüscher/Pillemer aus dem Widerspruch zwischen Abhängigkeit und Autonomie, den unterschiedlichen Erwartungen an Generationenbeziehungen und zum Teil auch aus Solidarität.⁹⁹ Andererseits kann Solidarität auch das Resultat von Ambivalenz sein, wenn diese bewusst gemacht wird und eine Auseinandersetzung mit der Ambivalenz stattfindet. Transparente und anerkannte intergenerative Spannungen können zur Entlastung der Beziehungspartner beitragen und eine „Chance der Stabilisierung und Weiterentwicklung des Generationenverhältnisses“ bieten.¹⁰⁰ Ambivalenz ist der Solidarität daher begrifflich vor- bzw. übergeordnet.¹⁰¹

In Generationenverhältnissen drücken sich Ambivalenzen auf dreierlei Art aus: strukturell (z.B. durch den Wandel in den Familienständen der Generationen), familienstrategisch (z.B. durch die Entscheidung, einen Wohnsitz fern von der Ursprungsfamilie zu wählen) oder durch Gefühle, Interaktionen oder Werte.¹⁰²

⁹⁶ vgl. Nave-Herz (2004), S.33

⁹⁷ Szydlik (2000), S. 40

⁹⁸ Lüscher/Liegle (2003), S. 288

⁹⁹ vgl. Lüscher/Pillemer (1998), S. 417ff – zitiert in Szydlik (2000), S. 40f

¹⁰⁰ Szydlik (2000), S. 41

¹⁰¹ Szydlik (2000), S. 41

¹⁰² vgl. Lüscher (2000) oder Lüscher/Pillemer (1998) – zitiert in Brannen et al. (2004), S. 179

Generationenambivalenzen sind laut der Konstanzer Studie aus dem Jahr 2001 für mehr als ein Drittel der befragten Eltern und erwachsenen Kinder eine Erfahrung, über die sie sich bereits Gedanken gemacht haben. Dabei werden Ambivalenzen nur von einer Minderheit als ausschließlich negativ bewertet.¹⁰³ Dennoch werden Ambivalenzen häufiger in Beziehungen erlebt, welche als schlecht bewertet werden. Der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ist dabei allerdings noch nicht geklärt.¹⁰⁴

d) Soziale Austausch-Theorie

Das Kernthema der Sozialen Austausch-Theorie wird von Lowenstein folgendermaßen beschrieben: „Social exchange theory deals with the balance between dependence and power as an important determinant of the satisfaction which two persons experience in their relationship.”¹⁰⁵ Lowenstein betrachtet die Ausgeglichenheit zwischen Abhängigkeit und Macht als die Grundlage des Sozialen Austauschs. Dabei handelt es sich um einen reziproken Prozess. Einseitige Beziehungen, d.h. Beziehungen, in denen das Verhältnis zwischen Macht und Abhängigkeit nicht ausgewogen ist, müssen ausgeglichen werden oder werden instabil.

In Bezug auf sozialen Austausch und Austausch von Dienstleistungen innerhalb der Familie kann nicht verallgemeinert gesprochen werden, welche Güter ausgetauscht bzw. von welchem Familienmitglied welche Leistungen innerhalb der Gruppe erbracht bzw. erwartet werden. Jede Familie entwickelt diesbezüglich eigene, individuelle Regeln und Abkommen.¹⁰⁶ Dennoch zeigt sich die Tendenz, dass monetäre Leistungen eher an jüngere Generationen gegeben werden¹⁰⁷, instrumentelle Hilfen fließen eher an die älteren Generationen.¹⁰⁸

Die Pflege und die Betreuung von Familienmitgliedern sind laut Brannen et al. genauso wie beispielsweise finanzielle Unterstützung Leistungen, welche inter-generativ erbracht werden und in diesem Austauschprozess von Leistungen zwischen

¹⁰³ vgl. Lüscher/Liegle (2003), S. 293f

¹⁰⁴ vgl. Lüscher/Liegle (2003), S. 294f

¹⁰⁵ Lowenstein (1999), S. 400

¹⁰⁶ vgl. Brannen et al. (2004), S. 150

¹⁰⁷ vgl. Marbach (1997), S. 89

¹⁰⁸ vgl. Szydlik (2000), S. 101

den Generationen eine bedeutende Rolle spielen. Die Leistung „Pflege“ kann daher nicht von materiellen Ressourcen oder von sozialem und kulturellem Kapital getrennt werden.¹⁰⁹

Für die Pflege und Betreuung von Familienmitgliedern beschreiben Finch und Mason die Zuständigkeit bestimmter, „auserkorener“ Familienmitglieder, welche jedoch situationsbedingt variieren kann.¹¹⁰ Das muss, wie unter Punkt 2.2.4 a) näher beschrieben wird, nicht unbedingt der/die Angehörige mit der tiefsten oder tragfähigsten emotionalen Bindung zum pflegebedürftigen Familienmitglied sein.

2.2.4 Der pflegebedürftige Mensch in der Familie

a) Übernahme der Pflegetätigkeit

Tritt bei einem alten Menschen aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls Pflegebedürftigkeit auf, so wird die pflegerische Tätigkeit in den meisten Fällen zunächst von der Familie übernommen.¹¹¹ Motive für die Übernahme von Pflegetätigkeiten durch die Familie werden v.a. aus dem Verwandtschaftsverhältnis heraus abgeleitet: So geben in einer österreichischen Studie an knapp 1.400 „Hauptbetreuungspersonen“ von Pflegegeldbeziehern aus dem Jahre 1995¹¹² etwa 73,8% der Befragten als Grund für die Übernahme der Betreuung ein verwandtschaftliches und 5,8% ein nachbarschaftliches Verhältnis zur betreuten Person an. Weiters wird es zu 43,3% „als Aufgabe der Familie“ angesehen, die Betreuung von Angehörigen zu übernehmen. 30,3% fühlen sich „für die Person verantwortlich“ und sehen „keine andere Möglichkeit, die Betreuung zu organisieren“. Zu 12,5% wird die „Möglichkeit, einem anderen Menschen helfen zu

¹⁰⁹ vgl. Brannen et al. (2004), S. 202

¹¹⁰ vgl. Finch/Mason (1993) – zitiert in Brannen (2004), S. 150

¹¹¹ Den etwa 563.000 hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in Österreich, welche in Privathaushalten leben, stehen ca. 60.000 Menschen gegenüber, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben. Auch wenn 57% der Pflegegeldbezieher in Privathaushalten mindestens eine soziale Dienstleistung in Anspruch nehmen, kommt den Angehörigen in der Pflege und Betreuung eine große Rolle zu. – vgl. Wild (2001), S. 44f

Daten aus Deutschland aus dem Jahr 1999 stellen eine ähnliche Verteilung dar: Den 28% der Pflegebedürftigen, die in Heimen betreut werden, stehen 72% der Pflegebedürftigen gegenüber, die zu Hause versorgt werden. Von den 72% werden mehr als zwei Drittel (71,5%) der Pflegebedürftigen ausschließlich von Angehörigen versorgt, etwa 28,5% werden von Pflegediensten unterstützt. – vgl. Drees/Lüdemann (2003), S. 11

¹¹² In dieser Studie waren Mehrfachnennungen möglich. – vgl. Badelt et al. (1997), S. 143ff und 280

können“ angeführt. Die „finanzielle Abgeltung“, die „ein persönliches Einkommen verschafft“, wird zu 7,6% genannt.¹¹³ Horn nennt als weitere Gründe für die Übernahme von Pflegetätigkeiten durch Familienangehörige die Hoffnung auf baldige Genesung und Gefühle der Zuneigung dem anderen gegenüber.¹¹⁴

Familiale Verbundenheit, wie sie beispielsweise von Horn beschrieben wird, ist ein wesentlicher Faktor für die Übernahme der Pflege durch Angehörige. Selbst in ursprünglich negativ erlebten Familienverhältnissen kann durch das Gefühl, für jemanden da zu sein bzw. da sein zu müssen, familiäre Verbundenheit entstehen.¹¹⁵ Vor dem Hintergrund der Erkrankung/Pflegebedürftigkeit werden unausgefochtene Konflikte zurückgestellt, intergenerative Unterstützung im Alter wird selbst bei bestehenden konfliktreichen Beziehungen der Kindergeneration zu ihren Eltern geleistet.¹¹⁶

Diese Form der familialen Verbundenheit bei Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds scheint allerdings nur dann gegeben zu sein, wenn zusätzlich Betroffenheit über die Erkrankung/Pflegebedürftigkeit vorliegt. Horn beschreibt, dass bei fehlender oder mangelnder Betroffenheit von der Krankheit Familienmitglieder häufig ihre Abhängigkeit spüren und die Pflege/Betreuung eher als lästige Pflicht bewerten.¹¹⁷

Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Pflege von Familienangehörigen stets aus einem Gefühl der familialen Verbundenheit hervorgeht. Es bedarf einer genaueren Betrachtung jedes Einzelfalls, um Gründe und Motive für die Übernahme der Pflege von Familienmitgliedern zu eruieren.¹¹⁸ Oftmals werden in Befragungen die treibenden Motive (wie beispielsweise die Erwartung einer finanziellen „Belohnung“ für die Pflege) nicht genannt und stattdessen durch sozial erwünschte Antworten ersetzt.

¹¹³ Badelt nennt den schriftlichen Fragebogen, auf welchem die Ergebnisse dieser Studie beruhen, allgemein als ein wenig geeignetes Instrument zur Erfassung von Motiven. Dennoch lassen sich laut Badelt aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf ein Stimmungsbild ziehen: Der „moralische Druck“ und das „subjektive Verantwortungsdenken“ sind für ihn die bedeutsamsten Gründe für eine Übernahme der Betreuung und Pflege Angehöriger. – vgl. Badelt et al. (1997), S. 143ff

¹¹⁴ vgl. Horn (2002), S. 24f

¹¹⁵ vgl. Horn (2002), S. 24ff

¹¹⁶ vgl. Nave-Herz (2004), S. 217

¹¹⁷ vgl. Horn (2002), S. 26

¹¹⁸ vgl. Finch (1989), S. 5ff

Die Pflege eines alten, pflegebedürftigen Familienmitglieds innerhalb der Familie übernimmt zumeist der/die EhepartnerIn, die Tochter oder Schwiegertochter. In Abb. 4 sind die Verwandtschaftsbeziehungen der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person dargestellt, wobei eine Differenzierung nach dem Alter der pflegebedürftigen Person getroffen wird:

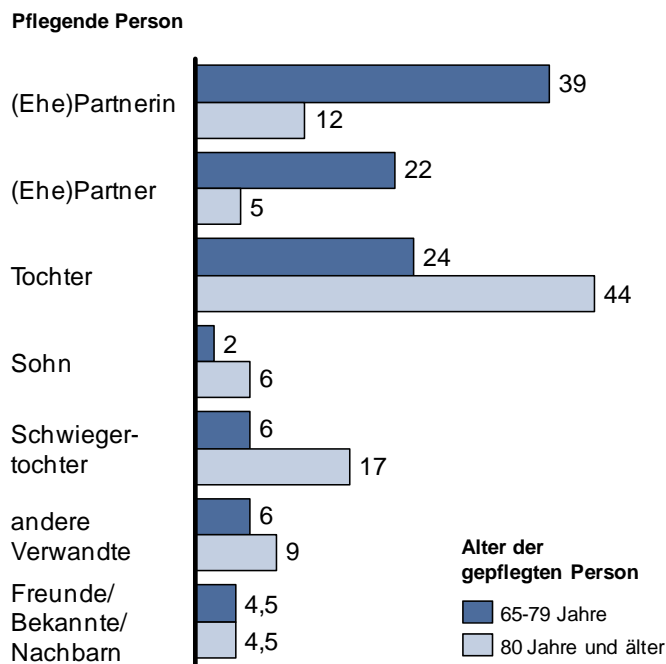


Abb. 4: Verwandtschaftsbeziehungen der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person; nach Dallinger (1997), S. 25: Quelle: Infratest Sozialforschung, Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten 1992; Angaben in Prozent; eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass „jüngere Alte“ hauptsächlich von ihren (Ehe)PartnerInnen (61%) und weniger von ihren Kindern bzw. der Schwiegertochter (32%) gepflegt und betreut werden. Bei den „älteren Alten“ hingegen stellt sich die Situation anders dar: 17% der Hauptpflegepersonen sind (Ehe)PartnerInnen, 67% gehören der Generation der Kinder an. Dass den Kindern bei der Pflege der älteren pflegebedürftigen Familienmitglieder eine größere Bedeutung zukommt, liegt im höheren Alter der (Ehe)PartnerInnen und damit verbundenen körperlichen Einschränkungen bzw. in etwaigen Todesfällen der (Ehe)PartnerInnen begründet.

Abb. 4 zeigt weiters, dass Frauen in stärkerem Ausmaß als Männer in die Pflege von hilfsbedürftigen Angehörigen involviert sind. Bei (Ehe)Frauen, welche die Pflege ihrer Männer übernehmen, resultiert dies zum einen aus dem höheren Alter der Männer bei der Heirat, zum anderen aus der geringeren Lebenserwartung der

Männer. Dass bei der familiären Pflege durch Kinder die Pflege durch Töchter überwiegt, sieht Horowitz darin begründet, dass Söhne die Pflege ihrer Eltern erst in Abwesenheit von weiblichen Nachkommen übernehmen.¹¹⁹ Eine weitere Erklärung dazu liefern Lee et al., welche in ihrer Studie zu dem Ergebnis kommen, dass Kinder sich bei der Pflege des gleichgeschlechtlichen Elternteils wohler fühlen als bei der Pflege des gegengeschlechtlichen Elternteils.¹²⁰ Da die Mehrheit der pflegebedürftigen alten Menschen Frauen sind, wird die Pflege eher von den Töchtern übernommen. Badelt et al. sieht in der dem bisherigen traditionellen Rollenbild entsprechenden Berufstätigkeit der Männer den Hauptgrund, warum mehr Frauen als Männer pflegerische Tätigkeiten innerhalb der Familie übernehmen.¹²¹

Nicht immer wird die Pflege eines Familienmitglieds von demjenigen Angehörigen übernommen, welcher die stabilste oder stärkste emotionale Bindung zum kranken Angehörigen hat. Scholta beschreibt, dass in manchen Fällen gerade Töchter oder Söhne die Pflege übernehmen, die im Laufe ihres Lebens zu wenig Zuwendung vom jeweiligen Elternteil bekommen haben und durch die Pflege eine Neudefinition ihrer Rollen erwarten. Das ist jedoch v.a. bei dementiellen Erkrankungen nicht mehr möglich, Frustration und Machtmissbrauch durch den Pflegenden können die Folge sein.¹²²

Die familiäre Pflegesituation kann für PflegerIn und/oder Gepflegte(n) auch unbefriedigend sein bzw. als unangenehm erlebt werden, wenn etwa die Rolle des/der Pflegenden unfreiwillig übernommen wird oder wenn innerhalb der Familie ungelöste Konflikte bestehen. Neue Rollenverteilungen und das umgekehrte Autoritätsgefälle erfordern Absprachen und Vereinbarungen zwischen den Generationen.¹²³

¹¹⁹ vgl. Horowitz (1985) – zitiert in Harris/Bichler (1997), S. 3f

¹²⁰ vgl. Lee/Dwyer/Coward (1993) – zitiert in Harris/Bichler (1997), S. 4

¹²¹ vgl. Badelt et al. (1997), S. 109

¹²² vgl. Scholta (1997), S. 66f

¹²³ vgl. Scholta (1997), S. 67

b) Belastungen von Angehörigen durch die Familienpflege

Belastungen resultierend aus der Pflege eines Familienangehörigen manifestieren sich in unterschiedlicher Art und Weise: Neben physischen und psychischen Problemen können emotionale, soziale und/oder finanzielle Probleme und Krisen auftreten. Wild führt einige Belastungen, welche in Untersuchungen häufig genannt werden, an:¹²⁴

- Veränderung der eigenen Lebensplanung,
- Angebundensein,
- Ausschließliche Zuständigkeit,
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu pflegenden Person,
- Nähe zum Tod,
- Fehlende Anerkennung,
- Belastungen durch Demenz und Verwirrtheit,
- Isolation¹²⁵,
- Belastungen durch unzureichende Wohnbedingungen, und
- Überforderung durch vielschichtige, belastende Tätigkeiten

Besonders geistige und psychische Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Familienmitglieds stellen eine schwere Belastung für pflegende Angehörige dar. Pflegende Angehörige von Personen mit geistiger Behinderung oder psychischer Beeinträchtigung und von verwirrten/desorientierten Menschen weisen weitaus höhere Werte von subjektiver Überlastung auf als pflegende Angehörige von Familienmitgliedern mit Sinnesbehinderung oder Bewegungsbeeinträchtigung.¹²⁶ Dennoch kann aufgrund der tatsächlichen Pflegesituation kein allgemeingültiger Rückschluss auf die Schwere der Belastung der pflegenden Angehörigen durch die Pflege gezogen werden, da weitere Faktoren, wie Akzeptanz, Motivation und Handling, das Ausmaß der empfundenen Belastung beeinflussen können.¹²⁷

¹²⁴ Wild (2001), S. 45

¹²⁵ Harris/Bichler kamen in ihrer Untersuchung an pflegenden Männern und Söhnen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Pflegesituation und der daraus resultierenden Veränderungen im Alltag auch langjährige Freundschaften zerbrechen können. FreundInnen kommen nicht mehr zu Besuch, da sie den Anblick des Elends nicht ertragen bzw. nicht wissen, was sie sagen sollen. Besuche bei FreundInnen sind für pflegende Angehörige oftmals im Tagesablauf nicht zu integrieren. – vgl. Harris/Bichler (1997), S. 24ff

¹²⁶ vgl. Badelt et al. (1997), S. 152f

¹²⁷ vgl. Seidl/Walter/Labenbacher (2007), S. 43ff

Die Pflege von Angehörigen mit einer dementiellen Erkrankung stellt für die pflegenden Angehörigen eine besonders große Belastung dar. Neben Verhaltensoriginalitäten und Veränderungen der Persönlichkeit des Betroffenen machen den pflegenden Angehörigen auch die Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen zu schaffen.¹²⁸ Sowohl partnerschaftliche als auch Eltern-Kind-Beziehungen können in ihrer bisherigen Form nicht aufrechterhalten werden und werden asymmetrisch bzw. drehen sich um, sodass der/die PartnerIn oder der Elternteil zum pflege- und schutzbedürftigen „Kind“ wird.

Pflegende Angehörige durchleben eine Vielzahl von unterschiedlichen Gefühlen bei der Pflege und Betreuung eines alten, pflegebedürftigen Familienmitglieds. In einer Studie von Harris und Bichler bei pflegenden (Ehe-)Männern konnten vor allem Gefühle von Wut, Frustration, Schmerz und Mutlosigkeit als dominante Empfindungen beschrieben werden.¹²⁹

Unter besonderen Belastungen pflegen die mittleren Generationen: Aufgrund steigender Lebenserwartung und früher Geburt des ersten Kindes kann eine 40-jährige, im Berufsleben verankerte Frau heutzutage Eltern und Großeltern zu pflegen haben, gleichzeitig aber selbst bereits Großmutter sein und Kinderbetreuung leisten wollen/müssen.¹³⁰ Für diese mittlere Generation ist es besonders wichtig und stellt es eine bedeutende Herausforderung dar, die Balance zu halten um den Anforderungen von Familie, Beruf und übriger Umwelt standhalten zu können.

Seidl et al. haben 2004 mit 36 pflegenden Angehörigen von demenzkranken Familienmitgliedern Fokus Groups durchgeführt, um die Anliegen von pflegenden Angehörigen zu erheben. Mittels Themenanalyse konnten folgende Bedürfnisse eruiert werden: das Bedürfnis nach interdisziplinärer Begleitung über die gesamte Dauer der Pflege hinweg, der Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung ihrer Tätigkeit – und damit einhergehend die Entstigmatisierung und Enttabuisierung der dementiellen Erkrankungen und der pflegerischen Tätigkeit – und der Wunsch nach

¹²⁸ vgl. Seidl/Walter/Labenbacher (2007), S 46ff

¹²⁹ vgl. Harris/Bichler (1997), S. 22ff

¹³⁰ vgl. Mangen (1988), S. 32

umfangreicherer finanzieller Unterstützung bzw. einer transparenteren und adäquateren Begutachtungspraxis.¹³¹

c) Pflege Angehöriger aus der Sicht anderer Länder/Kulturen

Im Folgenden soll anhand einiger prägnanter Beispiele ein Einblick vermittelt werden, wie Familienpflege in anderen Ländern gehandhabt bzw. gelebt wird. Dabei wird keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhoben: Die Auswahl der beschriebenen Länder wurde aufgrund offensichtlicher Unterschiede zum österreichischen bzw. mittel-/westeuropäischen Usus getroffen. Sensibilität für diese kulturellen Unterschiede bilden in der Pflegepraxis einen wesentlichen Grundstein für „Culturally sensitive care“, eine kultursensible Pflege.

Russlanddeutsche Spätaussiedler

Branahl/Stellfeld-Ostendorf haben – aufbauend auf die Arbeiten von Schnepf und Bayer¹³² – russlanddeutsche Familien in der ehemaligen BRD und den GU-Staaten hinsichtlich ihrer Einstellung zur Pflege Angehöriger untersucht.¹³³

Gegenseitige Unterstützung, Hilfe und Pflege haben in russlanddeutschen Familien einen hohen Stellenwert. So wird die Pflege von hilfsbedürftigen Familienmitgliedern so lange es möglich ist von den Angehörigen zuhause geleistet, wobei der Pflegebedürftige in den Mittelpunkt des Familienlebens rückt. Dabei gilt das Motto „Alles tun oder weggeben“¹³⁴: Der pflegebedürftige Mensch erhält entweder in der Familie Betreuung, Unterstützung und medizinische Pflege oder er wird „weggegeben“, was nur dann geschieht, wenn der pflegebedürftige Mensch keine Familie hat oder wenn er aufgrund psychiatrischer Störungen als gefährlich angesehen wird.¹³⁵ Obwohl alle Mitglieder der Familie in die häusliche Pflege miteingebunden werden, ist die Primärversorgerin in den meisten Fällen die Ehepartnerin, Tochter oder Schwiegertochter des pflegebedürftigen Familienmitglieds.

¹³¹ vgl. Seidl/Labenbacher/Ganaus (2007), S. 90ff

¹³² z.B. Schnepf (2002a), S. 178ff; Beyer (2003), S. 66ff

¹³³ vgl. Branahl/Stellfeld-Ostendorf (2002), S. 135ff

¹³⁴ Schnepf (2002b), S. 28ff

¹³⁵ vgl. Schnepf (2002b), S. 31

Die Pflege von Familienangehörigen wird weniger als Pflicht, sondern vielmehr als selbstverständliche Hilfsbereitschaft jedes einzelnen Familienmitglieds verstanden und gelebt. Aus diesem Grund wird Pflege selbst unter schlechten finanziellen Bedingungen und Wohnverhältnissen geleistet und Angebote wie Kurzzeitpflege werden selten bis kaum genutzt.

Kommt es zu einer stationären Aufnahme des pflegebedürftigen Familienmitglieds, möchte die Familie in die Pflege miteinbezogen werden. Eine genaue Beobachtung des Pflegepersonals bei der Arbeit dient einerseits dazu, selbst zu lernen und dadurch der Pflegekraft Unterstützung leisten zu können, andererseits empfinden sich Familienmitglieder als die „Beschützer ihrer Angehörigen“¹³⁶.

Türkei

Frauen in der türkischen Kultur verlassen in der Regel ihre Herkunftsfamilie sehr früh, um mit der Familie ihres Ehemannes zusammen zu leben. Durch ihre Heirat ist die Frau wesentlich enger mit ihrer Schwiegerfamilie verbunden als mit der eigenen, leiblichen Familie. Kontakte und Interaktionen mit der eigenen Familie nehmen dadurch ab, (gegenseitige) Verpflichtungen gegenüber der Schwiegerfamilie steigen.¹³⁷ Die Pflege Angehöriger ist in der türkischen Gesellschaft Aufgabe der Frau, in den meisten Fällen übernehmen aus oben genannten Gründen die Schwiegertöchter die Pflege. Diese intergenerative Hilfe ist auch aus ökonomischer Sicht wichtig, da das öffentliche Sozialversicherungssystem in der Türkei weder Pensionen noch sonstige Unterstützungen zur Verfügung stellt, welche einen annähernd gleichen Lebensstandard wie vor der Pensionierung ermöglichen würden.¹³⁸

Benötigt ein Angehöriger Unterstützung und/oder Pflege, so wird diese Hilfe zunächst von der Familie, speziell von den Schwiegertöchtern oder Töchtern, geleistet. Die Pflege bedürftiger Angehöriger ist eine Pflicht, wird zudem aber auch als eine Selbstverständlichkeit betrachtet. Tüsün berichtet von der Angst der Schwiegertöchter, die Aufgabe der Pflege abzulehnen, da sie unangenehme Folgen,

¹³⁶ Branahl/Stellfeld-Ostendorf (2002), S. 141

¹³⁷ vgl. Nauck (2002), S. 35ff

¹³⁸ vgl. Nauck (2002), S. 41f

möglicherweise sogar eine Scheidung, befürchten.¹³⁹ Diese Rollenverteilungen und -erwartungen sind auch in der zweiten und dritten Generation türkischer, in Deutschland lebender Familien existent, da sie über die Religion fest in der türkischen Kultur verankert sind.¹⁴⁰ Eine Abgabe der Pflege Angehöriger in fremde Hände wird als unehrenhaft angesehen und demnach zu vermeiden versucht. Die Bereitschaft, externe Hilfe (durch Hauskrankenpflege o.ä.) in Anspruch zu nehmen, entsteht erst, wenn die Versorgung des Angehörigen im Familienverbund nicht mehr geleistet werden kann.

Die hohe Bereitschaft der Türcinnen und Türken zur Pflege ihrer Angehörigen zuhause ist allerdings nicht nur eine empfundene Selbstverständlichkeit und ein „Dienst“ an den Ahnen, sondern auch eine wirtschaftliche Notwendigkeit: Es gibt in der Türkei viel zu wenige Einrichtungen der Altenhilfe – lediglich 0,725% der alten Menschen haben die Chance, einen Pflegeplatz zu bekommen.¹⁴¹ Die Qualität der staatlichen Einrichtungen, die etwa zwei Drittel der angebotenen Heimplätze ausmachen, sei fraglich, private Einrichtungen verlangen hohe Entgelte.¹⁴² Die häusliche Pflege von Familienmitgliedern ist daher oftmals die einzige Möglichkeit, eine(n) pflegebedürftige(n) Angehörige(n) versorgt zu wissen.

Südkorea

Dem stark vom Konfuzianismus geprägten Südkorea ist eine kollektivistische Denkweise zu eigen, welche das gesamte Handeln des Einzelnen in den Dienst der Gemeinschaft stellt. Der Familie wird im Konfuzianismus ein hoher Stellenwert zugeschrieben: Die Gesellschaft hat ihre Wurzeln in der Familie, und der Staat ist auf der Familie aufgebaut.¹⁴³

Ehrfurcht vor den Eltern, Verehrung der Vorfahren und Harmonie kennzeichnen eine „gute“ Familie im Konfuzianismus. Dabei stehen Gehorsam, Respekt und (Für-)Sorge gegenüber den Eltern im Mittelpunkt. Die Pflege eines kranken, pflege-

¹³⁹ vgl. Tüsün (2002), S. 101ff

¹⁴⁰ Eine Stelle im Koran lautet: „Du sollst deine Eltern pflegen.“ – vgl. Tüsün (2002), S. 102

¹⁴¹ Zwei Millionen alten Menschen in der Türkei steht das Angebot von 14.500 Pflegeplätzen gegenüber. – vgl. Yalcin (2004), S. 145

¹⁴² vgl. Yalcin (2004), S. 144f

¹⁴³ vgl. Yoo (2002), S.54 ff

bedürftigen Familienmitglieds wird als Pflicht des erstgeborenen Sohns betrachtet, ein Nicht-Aufkommen für die Pflege der Eltern bedeutet eine schwere Verletzung der Pflichten gegenüber den Vorfahren.¹⁴⁴

Daten des Koreanischen Statistischen Amtes aus dem Jahr 1994 bestätigen, dass die Pflicht der Pflege der Eltern im Alter in Südkorea vom ältesten Sohn ausgeführt wird: Unter den 62,1% der Fälle, in welchen Kinder die Pflege der Eltern übernehmen, sind mehr als die Hälfte der pflegenden Kinder die ältesten Söhne (53,6%), gefolgt von Söhnen und Töchtern (17,7%), allen Söhnen (14%) und anderen Söhnen außer dem Ältesten (12,2%). Pflegende Töchter nehmen den geringsten Anteil ein (2,5%).¹⁴⁵ Aus Daten aus dem Jahr 1998 lässt sich die Tendenz eines langsamen Angleichs der Verteilung der Elternpflege von Söhnen und Töchtern erkennen: Die ältesten Söhne sind in 48% der Fälle für die Pflege der Eltern zuständig, Töchter in 3,1% der Fälle.¹⁴⁶

Ein ähnliches Bild wie in Südkorea zeigte sich bis vor kurzem auch in Japan, einem Land, welches zwar auch auf dem Konfuzianismus basiert, sich aber aufgrund zunehmender Modernisierung europäischen Standards zu nähern beginnt. Den alten Menschen in Japan wird großer Respekt entgegengebracht; ein eigener Feiertag zur Ehre der alten Bevölkerung zeugt davon. Es ist eine tradierte Pflicht, die alten, pflegebedürftigen Eltern zu Hause zu betreuen; Alten- bzw. Pflegeheime sind in Japan – trotz eines Anteils der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung, der ähnlich hoch ist wie in Europa – dementsprechend selten zu finden.¹⁴⁷

Niederlande

Der Schwerpunkt bei der Versorgung alter Menschen in den Niederlanden liegt im möglichst langen Erhalt ihrer Selbstständigkeit.¹⁴⁸ Alte, pflegebedürftige Menschen bleiben daher vergleichsweise lange in Privathaushalten, die ambulante Pflege und vor allem die Pflege durch Familienmitglieder haben dadurch einen hohen

¹⁴⁴ vgl. Yoo (2002), S. 55

¹⁴⁵ vgl. Yoo (2002), S. 80

¹⁴⁶ vgl. Yoo (2005), S. 239f

¹⁴⁷ vgl. Wada (1995), S. 48f

¹⁴⁸ Die Zahl der alten Menschen, die in den Niederlanden in Seniorenwohnheimen leben, ist rückläufig: Während in den 1970er-Jahren noch 10% der Menschen über 65 Jahren in einem Seniorenwohnheim wohnten, liegt die Zahl heute bei 5%. – vgl. Lucassen (2004), S. 82

Stellenwert erreicht. Stationäre Einrichtungen für somatische oder geronto-psychiatrische Pflege sind als Angebot für schwer oder dauerhaft pflegebedürftige Menschen gedacht.

Für die Pflege durch Angehörige in den Niederlanden existiert in der Literatur der Begriff „Mantelzorg“.¹⁴⁹ Branahl und Stellfeld-Ostendorf definieren „Mantelzorg“ als ein „instrumentelles Sorgekonzept, welches als ein Bestandteil des menschlichen Zusammenlebens in einer Gesellschaft gesehen werden kann“.¹⁵⁰ Die Pflege durch Angehörige macht in den Niederlanden den größten Teil der Betreuung alter, pflegebedürftiger Menschen aus. Professionelle Pflege wird als Ergänzung zur familialen Pflege angesehen, wenn eigene Grenzen erreicht oder besondere Pflegemaßnahmen notwendig werden.¹⁵¹ In den Niederlanden existiert daher eine Vielzahl an Organisationen der häuslichen Kranken- und Altenpflege.¹⁵²

2.3 Das Alters- und Pflegeheim

2.3.1 Definitionen

Im Folgenden soll das Alters- bzw. Pflegeheim von anderen Einrichtungen der Altenhilfe abgegrenzt werden, wobei zunächst die verschiedenen Formen der Altenhilfe dargestellt werden. Der Rest des Kapitels ist im Speziellen den verschiedenen Einrichtungen der stationären Altenhilfe gewidmet.

Grundsätzlich sind bei den Formen der Altenhilfe zu unterscheiden:¹⁵³

- offene Altenhilfe
- ambulante Altenhilfe
- teilstationäre Altenhilfe
- stationäre Altenhilfe

Zu dem Sektor der offenen Altenhilfe zählen u.a. spezielle kulturelle und sportliche Veranstaltungen, sogenannte „Altenkreise“ und Begegnungsstätten für ältere

¹⁴⁹ vgl. Streit/Haijer (2001), S. 95ff

¹⁵⁰ Branahl/Stellfeld-Ostendorf (2002), S. 136

¹⁵¹ vgl. Streit/Haijer (2001), S. 101

¹⁵² vgl. Lucassen (2004), S. 82

¹⁵³ vgl. Köther/Gnam (2000⁴), S. 54ff

Menschen. Die ambulante Altenhilfe umfasst Maßnahmen zur Unterstützung alter Menschen, welche in der Bewältigung gewisser Aufgaben des Alltags eingeschränkt sind, in ihrer eigenen Wohnung. Darunter fallen z.B. die Unterstützung durch Heimhilfen¹⁵⁴ und mobile Krankenschwestern, aber auch Fußpflege oder Beratung. Die teilstationäre Altenhilfe bietet dem alten Menschen die Möglichkeit, einige Stunden am Tag in einer betreuten Einrichtung zu verbringen, zumeist in einem geriatrischen Tageszentrum. Teilstationäre Dienste stellen somit das Bindeglied zwischen der Betreuung des pflegebedürftigen, alten Menschen zu Hause und in einer stationären Einrichtung dar.¹⁵⁵

Zu den Einrichtungen der längerfristigen stationären Altenhilfe zählen Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime. In Anlehnung an Köther/Gnamn sollen die einzelnen Wohnformen im Folgenden näher beleuchtet werden.¹⁵⁶

Altenwohnheime bieten älteren Menschen, welche in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen, die Möglichkeit, in einem großen Wohnkomplex in Ein- oder Zweibettzimmern oder großen, geschlossenen Wohneinheiten zu wohnen. Der Vorteil dieser Wohnform liegt für den alten Menschen vor allem in der unmittelbaren Nähe zu anderen Menschen in ähnlichem Alter, wodurch soziale Aktivitäten und Gemeinsamkeiten leichter gepflegt werden können. In manchen Fällen wird bewusst eine Generationenmischung angestrebt.¹⁵⁷ Ist das Altenwohnheim an ein Altenpflegeheim angeschlossen, kann der alte Mensch außerdem jederzeit Unterstützung im pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Bereich bekommen. Eine steigende Pflege- oder Hilfsbedürftigkeit erfordert jedoch eine Übersiedlung in ein Alten- oder Altenpflegeheim.

Auch das Wohnen in Altenheimen setzt ein gewisses Maß an Selbstständigkeit voraus, da sich die Unterstützung vor allem auf den hauswirtschaftlichen Bereich konzentriert. Pflegerische Hilfe wird nur in geringem Maße angeboten. An der Vollversorgung der alten Menschen im Altenheim wird die Kritik angebracht, sie

¹⁵⁴ In der Schweiz existiert für Heimhilfe der Begriff „Spitex“ (spitalexterne Pflege): Geleistet wird Unterstützung in Pflege und Hauswirtschaft. – vgl. Stäheli (2001), S. 12ff

¹⁵⁵ vgl. Schaffenberger/Pochobradsky (2004), S. 26

¹⁵⁶ vgl. Köther/Gnamn (2000⁴), S. 90ff

¹⁵⁷ vgl. Döhring (1989), S. 8

machte körperlich gesunde Menschen inaktiv und biete dem alten Menschen keine Förderung.

Altenpflegeheime bilden die dritte Gruppe der stationären Einrichtungen der Altenhilfe: Im Altenpflegeheim werden dem chronisch kranken und pflegebedürftigen alten Menschen umfassende Pflege, Betreuung und Versorgung angeboten, wobei der Schwerpunkt auf dem möglichst langfristigen Erhalt der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des alten Menschen liegt.

In jüngerer Zeit hat sich eine Reihe an weiteren Begriffen für Einrichtungen der (stationären) Altenhilfe entwickelt, wie beispielsweise der Begriff der Seniorenresidenz, des Pflege- und Sozialzentrums¹⁵⁸ oder des Geriatriezentrums. Meist handelt es sich dabei nicht um neue Pflege- bzw. Betreuungskonzepte, sondern um eine spezifische Schwerpunktsetzung auf einem Gebiet. Diese neuen Begrifflichkeiten bieten den Häusern zudem die Möglichkeit, von dem stigmatisierten Pflegeheim-Image wegzukommen (vgl. 2.3.3).

2.3.2 Alten- und Pflegeheime in Österreich

Österreich verfügt über insgesamt 773 Heime, wobei unter dem Begriff „Heim“ sämtliche Einrichtungen zu verstehen sind, welche Wohnmöglichkeiten und/oder Pflege für ältere Menschen anbieten. Betreuungseinrichtungen für behinderte Menschen und Senioreneinrichtungen ohne Betreuung sind dabei nicht erfasst.¹⁵⁹

Zur Zeit leben etwa 10% der hilfs- bzw. pflegebedürftigen Menschen in Österreich in einem Alten- oder Pflegeheim, der überwiegende Teil der hilfs- und/oder pflegebedürftigen Personen wird in Privathaushalten betreut und gepflegt.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Begriff bei Caritas Socialis (CS): Leitgedanke der CS Pflege- und Sozialzentren ist die ganzheitliche Betreuung nach den Bedürfnissen des jeweiligen Klienten; vgl: Hallwirth-Spörk (2000), S. 192

¹⁵⁹ vgl. bmsk (2006⁶), Erhebungsstand: 31.01.2006

¹⁶⁰ vgl. Rottenhofer/Wild (2004), S. 93

Für Wien ergeben sich folgende Daten¹⁶¹:

In der Bundeshauptstadt Wien bieten 82 Einrichtungen insgesamt 9605 Wohnplätze, 8907 Pflegeplätze und 804 Pflegewohnplätze an. Wien hat damit – etwa gleichrangig mit dem Land Salzburg – mit etwa 150 Heimplätzen pro 1000 Einwohnern (75 oder mehr Jahre) die höchste Dichte an stationären Betreuungsplätzen für ältere Menschen, gefolgt von Oberösterreich (125) und Tirol (115). Auf den letzten Plätzen rangieren Kärnten (80) und das Burgenland (67).¹⁶² Die 82 Wiener Einrichtungen unterstehen zu 72 % (59) privaten, zu 17 % (14) konfessionellen und zu 11 % (9) öffentlichen Trägern. Dabei stellen private Träger einen Großteil der Wohnplätze (95,94%) und der Pflegewohnplätze (78,61%) und knapp die Hälfte der Pflegeplätze (48,74%), die Stadt Wien als öffentlicher Träger stellt weitere 40 % der Pflegeplätze in Wien. Wohnplätze und Pflegewohnplätze werden in Wien nicht von öffentlichen Trägern angeboten (Abb. 5).

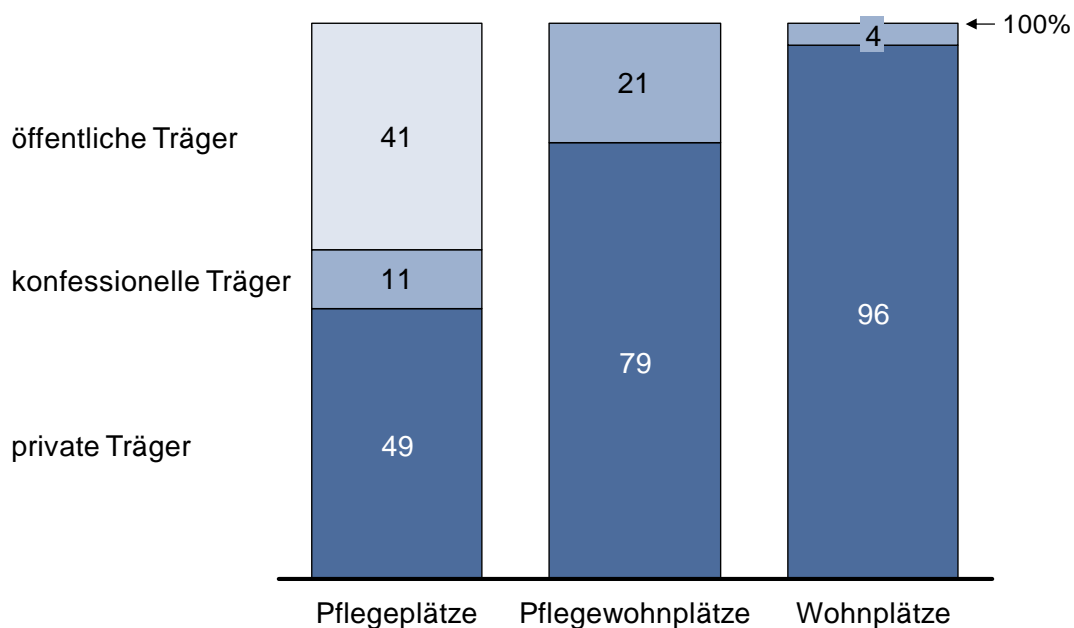


Abb. 5: Träger der Pflege- und Wohnplätze in Wien; Quelle: bmsk (2006⁶), OST, S. 289-452, Erhebungsstand: 31.01.2006; eigene Darstellung

Die Betreuung und Versorgung alter, pflegebedürftiger Menschen unterliegt derzeit einem Wandel: Während die Nachfrage an Pflegeplätzen oder Plätzen mit intensiverer Betreuung zur Zeit stark ansteigt, nimmt die Nachfrage an Wohnplätzen

¹⁶¹ vgl. bmsk (2006⁶), OST, S. 289-452, Erhebungsstand: 31.01.2006

¹⁶² vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004), S. 35

ab, da eine Versorgung in den eigenen vier Wänden aufgrund der immer besseren Wohnverhältnisse möglich wird. Die Sozialpolitik ist daher gefordert, „das Pflegeplatzangebot zu Lasten des Wohnplatzangebots auszubauen“¹⁶³. Im Bereich der Wohnplätze für alte Menschen mit nur geringem Pflegeaufwand zeigt sich gemäß dem politischen Motto „ambulant vor stationär“ die Tendenz weg von großen (Alten-) Wohnheimen und hin zu kleineren Wohneinheiten für ältere Menschen (z.B. Seniorenwohngemeinschaften). Auch der Ausbau der ambulanten/mobilen Dienste spielt hierfür eine bedeutende Rolle.

Unter den Einrichtungen der stationären Altenhilfe hat sich in den letzten Jahren aufgrund von Veränderungen in der Nachfrage ein Wettbewerb entwickelt, bei dem Alten- und Pflegeheime nicht länger ausschließlich an ihrer Effizienz bzw. nach finanziellen Maßstäben gemessen werden. Immer wichtiger werden für Alten- und Pflegeheime spezielle Leistungsangebote, nach denen sie bewertet werden.¹⁶⁴ Auch die Partizipation an wissenschaftlicher Forschung oder die Durchführung von BewohnerInnen- bzw. Angehörigenbefragungen können Wege darstellen, die eigene Position im Wettbewerb zu stärken.

Die Sicherung der Qualität in Österreichs Alten- und Pflegeheimen ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt, wird aber österreichweit ausgebaut und ausgeweitet. So stellen beispielsweise die Definition von verbindlichen Qualitätsstandards oder die Entwicklung von Heimgesetzen wichtige Schritte zu einer landesweiten Qualitätssicherung dar.¹⁶⁵

2.3.3 Kritische Betrachtung des Themas „Heim“

Um ein möglichst vielschichtiges Bild der Situation in Österreichs Alters- und Pflegeheimen zu vermitteln, soll hier eine kritische Betrachtung Platz finden. Dabei werden zunächst Gemeinsamkeiten und Unterschiede des (früheren) Alters- und Pflegeheims mit totalen Institutionen erarbeitet, im Anschluss wird auf die Begriffe „Erlernte Hilflosigkeit“ und „Gelernte Abhängigkeit“ eingegangen.

¹⁶³ Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004), S. 31

¹⁶⁴ vgl. Tinnefeldt (2002), S. 151

¹⁶⁵ Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004), S. 55

a) Das Alters- und Pflegeheim als totale Institution?

Noch vor nicht allzu langer Zeit¹⁶⁶ wiesen Alters- und Pflegeheime in Österreich nahezu alle vier Merkmale von Totalen Institutionen¹⁶⁷ nach Goffman auf und konnten folglich zu diesen gezählt werden. Vielbettzimmer, fixe, von der Organisation angeordnete Zeiten für Schlafen, Essen und Körperpflege und geregelte bzw. kontrollierte Sozialkontakte durch starre Besuchszeiten für Angehörige und Freunde der Insassen kennzeichneten die Struktur und Organisation von Alten- und Pflegeheimen.

In Alten- und Pflegeheimen heutiger Zeit stehen die Lebensqualität und die Zufriedenheit der BewohnerInnen im Vordergrund. Einrichtungen der stationären Altenhilfe haben sich damit auseinandergesetzt, dass es Wettbewerber auf dem Markt gibt, und haben folglich Leitbilder und Unternehmensvisionen entwickelt. Für die Qualität der Pflege und Betreuung war das ein entscheidender Schritt: Es war nicht länger nur die ökonomische Führung der Einrichtungen wichtig, sondern es musste zunehmend mehr Augenmerk auf das Angebot selbst gelegt werden, durch welches sich die jeweilige Einrichtung von ihren Mitbewerbern unterscheidet. Zertifizierungen und andere Auszeichnungen kennzeichnen Einrichtungen, welche sich ausgiebig mit der Qualität der Pflege auseinandersetzen und ein nachvollziehbares, kundenorientiertes Arbeiten und Dokumentieren praktizieren. Weiters wurde im Jahre 1993 die „Europäische Charta der Rechte und Freiheiten älterer Menschen in Heimen“ von der European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly beschlossen, welche die kontinuierliche Verbesserung der Lebenssituation in Heimen zum Ziel hat.¹⁶⁸

¹⁶⁶ Biegenzahn beschreibt in ihrer Diplomarbeit beispielsweise ein Pflegeheim der 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts, dessen Regeln und Infrastruktur dem alten, pflegebedürftigen Menschen wenig bis kaum Eigenverantwortung lassen und ihn in eine unselbstständige, fremdbestimmte Rolle drängen. – vgl. Biegenzahn (2005), S. 4f

¹⁶⁷ „(1) Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. (2) Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. (3) Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. (4) Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“ – Goffman (1973), S.17

¹⁶⁸ vgl. Biegenzahn (2005), S. 18f

Auch in der Nomenklatur kam es zu Veränderungen im Vergleich zu Alten- und Pflegeheimen früherer Zeit: Der/Die BewohnerIn, welcher ursprünglich als Insasse, später als PatientIn bezeichnet wurde, wird heute zunehmend als Kunde/In betrachtet.¹⁶⁹ Alten- und Pflegeheime versuchen, mit neuen Zuschreibungen und Bezeichnungen wie „Seniorenresidenz“ oder „Geriariezentrum“ von dem stigmatisierten Begriff „Alten- und Pflegeheim“ wegzukommen. Dennoch ist die öffentliche Meinung – trotz der verbesserten Zustände in Österreichs Heimen – Alten- und Pflegeheimen gegenüber weiterhin negativ eingestellt. Pflegeskandale und Finanzierungsproblematiken bestimmen die Schlagzeilen in den Massenmedien und liefern Anti-Werbung. Einzelne österreichische Einrichtungen der Altenhilfe versuchen mittels regelmäßig erscheinender Plakatserien oder anderer Werbekampagnen der Öffentlichkeit ein anderes Bild von den Alten- und Pflegeheimen der Gegenwart zu vermitteln.

Betrachtet man die Altenversorgung anderer Länder, so zeigt sich etwa in den skandinavischen Ländern die Tendenz zur Schließung der Alten- und Pflegeheime und zur Etablierung kleinerer stationärer Wohn- und Versorgungseinheiten, sogenannter Wohngemeinschaften. Grund für diese Dezentralisierung ist die Erkenntnis, dass Wohnen im Alter einen sehr hohen Stellenwert einnimmt, höher als in anderen Phasen des Lebenszyklus. Die Wohnung wird zum „zeitlich, funktional und emotional wichtigsten Ort“¹⁷⁰. Alte Menschen verbringen mehr Zeit innerhalb ihrer Wohnung als jüngere Menschen und wollen auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit ihre individuelle Wohnumwelt bewahren. Auch wenn man aufgrund dieser Beobachtungen der Altenversorgung in den skandinavischen Ländern geneigt ist, das Alters- und Pflegemodell als Auslaufmodell zu titulieren, muss gesagt werden, dass Österreich dieser Entwicklung eher hinterher hinkt. In Österreich werden aktuell zwar sehr große Alten- und Pflegeinstitutionen geschlossen und in kleinere Heime mit Ein- und Zweibettzimmern umgewandelt, für die Entwicklung hin zu Wohngemeinschaften benötigt es aber noch viele politisch-rechtliche und finanzielle (Zwischen)Schritte.

¹⁶⁹ Der Begriff „Kunde“ ist jedoch zu euphemistisch gewählt, da der Bewohner eines Alten- oder Pflegeheimes in der Praxis nur eingeschränkte Kundenrechte besitzt. (Vgl. dazu auch 3.3 bzw. Tinnefeldt (2002), S. 152f)

¹⁷⁰ Häußermann/Siebel (2002), S. 197

b) „Erlernte Hilflosigkeit“ und „Gelernte Abhängigkeit“

Unter den Begriffen „Erlernte Hilflosigkeit“ und „Gelernte Abhängigkeit“ werden zwei Reaktionsweisen alter, pflegebedürftiger Menschen auf die Versorgung durch Dritte verstanden. Beide Verhaltensweisen führen mit der Zeit zu einem Verlust eigener Kompetenzen.

Die Theorie der „Erlernten Hilflosigkeit“, von Seligman et al. in den späten 60er-Jahren über Tierexperimente entwickelt, dient im Pflegebereich der Erklärung inaktiven und passiven Verhaltens. Diese Passivität wird als Reaktion auf Situationen gesehen, in welchen sich Menschen aufgrund mangelnder Möglichkeiten zur Kontrolle und Einflussnahme auf die Situation hilflos gefühlt haben. Das Erlebnis, auch unter Anstrengung keine Änderung der Situation herbeiführen zu können, lässt in zukünftigen Situationen Anstrengungen und Bemühungen ausbleiben. Passivität, Inaktivität und Abhängigkeit sind die Folge.¹⁷¹

„Gelernte Abhängigkeit“ entsteht aus der Erfahrung, dass in Institutionen über Unselbstständigkeit Sozialkontakt hergestellt und Zuwendung erfahren werden kann. Wenn selbstständiges Tun (beispielsweise im Bereich des Ankleidens oder der Körperpflege) nicht positiv verstärkt wird, sondern wenn im Gegenteil Sozialkontakt (Berührungen, Gespräche) nur in Situationen erlebt wird, die aus der Unselbstständigkeit des/der Bewohners/in resultieren, wird unbewusst die Unselbstständigkeit der BewohnerInnen gefördert. Die Folge dieser Animation zur Unselbstständigkeit ist eine über das tatsächliche Maß hinausgehende Abhängigkeit der BewohnerInnen von den Pflegenden.¹⁷²

2.3.4 Der Heimeintritt

Der Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim stellt – unabhängig davon, ob diese Entscheidung vom alten Menschen selbst oder von seinem Umfeld getroffen wurde – einen großen und bedeutenden Einschnitt im Leben jedes betroffenen Menschen dar. Erlach-Stickler spricht in diesem Zusammenhang von einer Zäsur in der Biographie

¹⁷¹ vgl. Miklautz (2006), S. 60f

¹⁷² vgl. Miklautz (2006), S. 62f

eines Menschen.¹⁷³ Dazu kommt, dass die Übersiedlung in ein Alters- oder Pflegeheim als eine letzte, endgültige und irreversible Wohnentscheidung erlebt wird.¹⁷⁴ Der Heimeintritt ist folglich oft stark negativ besetzt und wird als Beginn vom Ende, als Endstation oder Wartesaal auf den Tod, betrachtet.

Gerade aus diesen Gründen muss der/die neue BewohnerIn durch die Phase der Übersiedlung und Eingewöhnung sehr sensibel begleitet werden. Viele Einrichtungen haben bereits Standards entwickelt und Grundsätze formuliert, die Anleitung und Orientierung geben, was bei einer Heimaufnahme zu beachten ist. Diese bieten neben einer Darstellung des Prozesses der Aufnahme auch Hinweise auf mögliche Ängste und Unsicherheiten des pflegebedürftigen Menschen. Der Standard zur Heimaufnahme eines Caritas-Altenheims beinhaltet u.a. folgende Grundsätze: „BewohnerIn nicht überfordern“, „Integrationshilfen schaffen“ und „Verständnis für Ängste und Fragen der neuen Bewohnerin/des neuen Bewohners, die/der viel Vertrautes zurücklassen musste“.¹⁷⁵

Staňková und Walter haben in ihrer Studie aus der tschechischen Republik, welche sich mit Entlassungen alter Menschen mit unterschiedlich hohem Pflegebedarf aus dem Krankenhaus nach Hause oder in ein Altenheim beschäftigt, gezeigt, dass von Seiten der Pflegepersonen im Krankenhaus mit Menschen, denen die Übersiedlung ins Altersheim bevorstand, in keinem Fall über ihr „weiteres Leben“ gesprochen worden war und dass sie weitaus unzureichender über den weiteren Therapieplan informiert worden waren, als dies bei Entlassungen nach Hause in die Hauskrankenpflege oder die Pflege durch den praktischen Arzt der Fall war.¹⁷⁶ Dazu ist zu sagen, dass diese Angaben von Pflegepersonen im Altersheim bzw. von der Hauskrankenpflege gemacht wurden, d.h. der Fokus liegt daher aus ihrer Sicht auf der nicht optimalen Zusammenarbeit bzw. dem unzureichenden Informationsaustausch zwischen den einzelnen pflegerischen Einrichtungen. Von Seiten der PatientInnen im Altersheim wird aber – im Vergleich zu den PatientInnen der Hauskrankenpflege und Pflege durch den praktischen Arzt – eine hohe Zufriedenheit mit den vor der Übersiedlung gegebenen Informationen attestiert. Die Autorinnen der

¹⁷³ vgl. Erlach-Stickler (2005), S. 39

¹⁷⁴ Erlach-Stickler (2005), S. 35

¹⁷⁵ vgl. Drees/Lüdemann (2003), S. 74

¹⁷⁶ vgl. Staňková/Walter (2000), S. 173ff

Studie sehen in diesem scheinbaren Widerspruch die passive Haltung jener Patienten bestätigt, welche sich durch Dritte versorgt sehen.¹⁷⁷

Im Folgenden wird nun näher auf die häufigsten Gründe für einen Heimeintritt und die verschiedenen Phasen des Eintritts eingegangen:

a) Gründe für den Heimeintritt

Aus der Literatur lassen sich eine Reihe an Ursachen für eine Übersiedlung in ein Alters- oder Pflegeheim ausmachen, welche nun im Einzelnen näher beleuchtet werden sollen:

➤ gesundheitliche Faktoren

Zu den gesundheitlichen Faktoren zählt in erster Linie die (zumeist akute) Verschlechterung des Gesundheitszustands des älteren Menschen, welche mit einer erhöhten, die Möglichkeiten des/der pflegenden Angehörigen übersteigenden Pflegebedürftigkeit des älteren Menschen einhergeht. Aufgrund der gesteigerten Belastung und von fehlendem pflegerischen Know-how sehen sich Angehörige zu einer Heimeinweisung ihres älteren Familienmitglieds gezwungen. An dieser Stelle treten bei den Angehörigen oftmals Gefühle von Schuld, Gescheitert-Sein und Versagt-Haben auf.

Auch die Verschlechterung des Gesundheitszustands der primären Pflegeperson kann einen Heimeintritt der gepflegten Person erforderlich machen. Da in den meisten Fällen die Tochter oder Schwiegertochter die Pflege des älteren Familienmitglieds übernimmt, muss berücksichtigt werden, dass auch diese jüngere Generation, die oftmals ebenfalls bereits im Ruhestand ist, gesundheitliche Einschränkungen zu verzeichnen hat und durch die Pflegeanforderungen physisch überfordert ist.

¹⁷⁷ vgl. Staňková/Walter (2000), S. 176

➤ Familienstand

Klein et al. konnten in ihrer Studie über AltenheimbewohnerInnen in Deutschland den Familienstand als wichtigen Faktor für einen Heimeintritt ausmachen. Verheiratete haben demnach ein um 66 % geringeres Eintrittsrisiko als Unverheiratete.¹⁷⁸ Das Alleinsein im Alter (verwitwet, geschieden oder ledig) ist neben dem weiblichen Geschlecht und einem hohen Alter ein wesentlicher Risikofaktor für eine Übersiedlung in ein Alters- bzw. Pflegeheim.¹⁷⁹

➤ Wohnsituation

Oftmals erfüllen Wohnungen die Anforderungen, die eine gesteigerte Pflegebedürftigkeit des älteren Menschen an sie stellt, nicht mehr und müssen entsprechend adaptiert werden (Verbreiterung der Türen, Einbau eines Pflegebades, etc). Sind derartige Umbauten aus finanziellen und/oder baulichen Gegebenheiten nicht oder nur unzureichend möglich, ist eine Übersiedlung des pflegebedürftigen Menschen in ein Alters- oder Pflegeheim erforderlich.

➤ soziales Netzwerk

Qualität und Dichte des sozialen Netzwerks älterer Menschen sind stark mit ihrem Familienstand verknüpft. Wie bereits erläutert, spielt der Familienstand auch bei der Heimeintrittsrate eine wichtige Rolle. So haben verwitwete oder alleinstehende Personen ein viel höheres Risiko als Verheiratete in ein Alters oder Pflegeheim zu übersiedeln. Laut Klein et al. haben weitere im Haushalt lebende Personen (v.a. Kinder) oder Nachbarschaftsbeziehungen vergleichsweise wenig Einfluss auf die Heimeintrittsrate.¹⁸⁰ Biegenzahn beschreibt die Reduktion gesellschaftlicher Kontakte alter, pflegebedürftiger Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim folgendermaßen: „Heimbewohner zeigen häufig einen geringeren Kontaktumfang als zu Hause lebende Menschen gleichen Alters, weil sie zumeist alleinstehend bzw. verwitwet sind, ein hohes Alter aufweisen, ihre Kinder als Kontakt- und

¹⁷⁸ Klein et al (1997), S. 59

¹⁷⁹ vgl. Klingefeld (1999), S. 22

¹⁸⁰ vgl. Klein et al. (1997), S. 58f

Unterstützungspersonen nicht ausreichend zur Verfügung stehen oder überhaupt kinderlos sind.“¹⁸¹

➤ Belastung – Entlastung

Überbelastungen der pflegenden Angehörigen können Gründe für einen Heimeintritt darstellen. Borgesius beschreibt folgende Faktoren für Überbelastung¹⁸²:

- eine angespannte Beziehung zum Patienten
- die Notwendigkeit, den Patienten zu beaufsichtigen
- die Übernahme von Aufgaben durch den Angehörigen
- Zukunftssorgen
- Verschlechterung der eigenen Gesundheit
- Angst vor sicherheitsgefährdendem Verhalten des Patienten

Erlebte Belastungen für die pflegenden Angehörigen gehen sowohl auf Merkmale der pflegebedürftigen Familienmitglieder, als auch auf Merkmale der Pflegenden selbst und der Umwelt zurück.¹⁸³ Zu den patientenbezogenen Einflussfaktoren zählen u.a. die Art, Dauer und der voraussichtliche weitere Verlauf der Erkrankung, die Einstellung des/der Patienten/in zu sich selbst, seiner/ihrer Krankheit/Pflegebedürftigkeit und der pflegenden Person und persönliche Charaktereigenschaften, Konfliktlösungsstrategien und Glaubensgrundsätze. Bei den Merkmalen der Pflegenden spielen u.a. die empfundene Nähe des/der Pflegenden zum/zur Gepflegten, die Bereitschaft und Fähigkeit zur Adaptierung der Pflegerolle, berufliche und persönliche Verpflichtungen und die individuelle Sichtweise der Situation eine Rolle. Zu den Einflussfaktoren aus der Umwelt/Umgebung sind v.a. finanzielle Ressourcen, aber auch die Möglichkeit der Nutzung anderer Hilfeleistungen wie Heimhilfe, ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, etc. zu zählen.

Büscher beschreibt das Bestreben der pflegenden Angehörigen, Balance zu halten zwischen den Anforderungen der Pflegesituation und den eigenen, zur Verfügung stehenden Ressourcen. Ein stabiles, tragfähiges soziales Netzwerk und die subjektive Wahrnehmung der Situation sind zur Wahrung dieser Balance die wichtigsten

¹⁸¹ Biegenzahn (2005), S. 114

¹⁸² Borgesius (1994), zitiert in Blom/Duijnste (1999), S. 19

¹⁸³ Blom/Duijnste (1999), S. 19f

Einflussfaktoren.¹⁸⁴ Kommt es durch eine Veränderung der Pflegesituation – beispielsweise durch Verschlechterung des Gesundheitszustands des/der Gepflegten oder des/der Pflegenden – zu einem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Möglichkeiten der Bewältigung, geht die Balance verloren. Gegebenenfalls kann daraus Überforderung und Überbelastung resultieren.

b) Verschiedene Phasen des Eintritts

Die Übersiedlung in ein Alters- oder Pflegeheim ist kein situativer Moment, sondern stellt vielmehr einen Prozess dar, welcher sich in 3 ineinander übergehende Phasen gliedert: die Phase der Vorbereitung, der Übersiedlung und der Adaption. Bei der letzten dieser Phasen lassen sich zwei Teilschritte unterscheiden: die Phase der anfänglichen Eingewöhnung und die Phase der längerfristigen Adaption.¹⁸⁵ Kao et al. haben eine ähnliche Untergliederung des Prozesses in einzelne Phasen vorgenommen. Bei Kao et al. werden diese drei Phasen Preinstitutionalization, Immediately after Institutionalization und Postinstitutionalization bzw. Assimilation genannt.¹⁸⁶ Diese Phasen und Prozesse sollen im Folgenden näher beschrieben werden.

I. Die Vorbereitungsphase / Preinstitutionalization

Nach der Entscheidung für eine Übersiedlung in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe werden in der Vorbereitungsphase ein geeignetes Heim ausgewählt und für die Übersiedlung notwendige Vorkehrungen getroffen. In manchen Einrichtungen ist außerdem die Möglichkeit des Probewohnens gegeben, wodurch eine Entscheidungsfindung erleichtert werden kann. Die Bereiche Entscheidungsfindung, Auswahl des Heims und Vorbereitung der Übersiedlung sollen nun genauer betrachtet werden.

¹⁸⁴ vgl. Büscher (2002), S. 271

¹⁸⁵ vgl. Prochaska et al. (1992) – zitiert in Thiele et al. (2002) S. 557

¹⁸⁶ vgl. Kao/Travis/Acton (2004), S. 10ff

Entscheidung für Übersiedlung

Der grundlegende Schritt für eine Übersiedlung eines älteren pflegebedürftigen Menschen in ein Pflegeheim ist das Fällende Entscheidung dazu. Diese Entscheidungsfindung kann als bewusst und selbstbestimmt („die Entscheidung treffen“) oder als fremdbestimmt und unvermeidbar („die Entscheidung wird getroffen“) erlebt werden.

Wahl/Reichert beschreiben den Entschluss zur Übersiedlung in ein Pflegeheim als einen „komplexen und auf mehreren Dimensionen ablaufenden Prozess (...), der durch das Zusammenwirken eines ganzen Bündels von subjektiven und objektiven Faktoren zustande kommt“.¹⁸⁷ Sie sehen die Entscheidung für eine Übersiedlung als das Ergebnis einer langen Auseinandersetzung mit der eigenen Person, dem Älterwerden und der Umwelt. Diese Betrachtung lässt allerdings die Tatsache außer Acht, dass in den meisten Fällen die Aufnahme in ein Pflegeheim direkt in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, welcher aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes notwendig wird, erfolgt.

Obwohl der Eintritt ins Pflegeheim in den meisten Fällen ungeplant geschieht, etwa aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands des älteren Menschen, bringt eine frühzeitige Planung der Übersiedlung sowohl dem älteren, pflegebedürftigen Menschen als auch seinen Angehörigen Vorteile. So kann etwa die (gemeinsame) Auswahl des Heims Unsicherheiten und Ängsten entgegenwirken, indem erste Gespräche mit den Pflegenden und anderen HeimbewohnerInnen geführt werden können und ein Einblick in die Abläufe eines Heims gewonnen werden kann.

Auswahl des Heims

Wohnen ist für den Menschen von großer Bedeutung, in seiner Wohnung schafft er sich ein Stück Identität, ein Zuhause. Dass mit der Übersiedlung in ein Alters- oder Pflegeheim der Verlust oder zumindest eine starke Reduzierung dieses intimen Bereiches einhergeht, ist eine Tatsache, welche die Entscheidungsfindung maßgeblich beeinflusst. Daher ist es bereits in vielen Einrichtungen möglich,

¹⁸⁷ Kruse/Wahl (1994), S. 17

liebgewonnene Gegenstände wie kleine Möbel oder Bilder bei der Übersiedlung mitzunehmen. In Einzelzimmern ist dies problemloser möglich als in Zwei- oder Mehrbettzimmern.

Aber nicht nur die Möglichkeit der Eigengestaltung des Zimmers spielt bei der Auswahl des geeigneten Heims eine Rolle, auch die Lage des Heims ist für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen von Bedeutung. So werden Heime oftmals nach den Kriterien der räumlichen Nähe zu den Wohnungen der Angehörigen oder im vertrauten Wohngebiet der älteren Person ausgewählt.

Drees und Lüdemann nennen eine Vielzahl an weiteren Kriterien für die Auswahl eines den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen entsprechenden Heims.¹⁸⁸ So können etwa die Verkehrsanbindung des Heims, das Image, der Träger, die interne Struktur, die Kosten oder zusätzliche Angebote des Hauses die Entscheidung beeinflussen. Drees/Lüdemann weisen darauf hin, dass dem ersten Eindruck von dem Heim im Entscheidungsprozess eine ganz besondere Rolle zufällt, da dieser nicht revidiert werden kann. Für Anbieter stationärer Altenbetreuung bedeutet das vor allem, bereits im ersten Kontakt, welcher in den meisten Fällen via Telefon erfolgt, den hohen Erwartungen des/r Anwärters/in bzgl. Freundlichkeit, (Fach)Wissen und Wertschätzung dem alten Menschen gegenüber zu entsprechen.¹⁸⁹

Vorbereitung der Übersiedlung

Viele Einrichtungen bieten die Möglichkeit des Probewohnens oder von Kurzzeitpflege an, wodurch der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen einen ersten Eindruck von Organisation und Struktur einer Einrichtung erlangen können. Zudem können bereits Kontakte zu Pflegepersonal und HeimbewohnerInnen entstehen, welche den Einzug in das Alters- oder Pflegeheim erleichtern.

Mit der Vorbereitung der Übersiedlung geht gleichzeitig ein Abschiedsprozess einher, bei dem der pflegebedürftige Mensch die antizipierte Trennung und Loslösung von seinem bisherigen Leben, seiner Wohnung und NachbarInnen erfährt.

¹⁸⁸ vgl. Drees/Lüdemann (2003), S. 45ff

¹⁸⁹ vgl. Drees/Lüdemann (2003), S. 49f

Erschwerend kommt dazu, dass in vielen Fällen für die Finanzierung eines externen Pflege- und Betreuungsplatzes Eigentum verkauft werden muss, und dass ein Zurück in die alte Wohnung oder das alte Haus schon alleine deshalb nicht mehr möglich ist. Um für neue Umweltaforderungen gerüstet zu sein, muss er Coping-Strategien entwickeln.¹⁹⁰

Nicht nur der pflegebedürftige Mensch selbst erlebt Gefühle von Entwurzelung und Trennung, auch Angehörige – und hier in erster Linie EhepartnerInnen – erfahren den Prozess der Übersiedlung als ein einschneidendes emotionales Erlebnis. Sandberg spricht in diesem Zusammenhang von „preparation for separation“, einer Vorbereitung auf die bevorstehende Trennung vom/von der PartnerIn, welche Gefühle von Verlust des/der Lebenspartners/in, von Isolation und Einsamkeit hervorrufen kann.¹⁹¹

Erschwerend auf die positive Verarbeitung der Übersiedlung wirkt der zumeist ungewisse Zeitpunkt des Umzugs. Nach langer Zeit des Wartens („Warteliste“) kommt der Anruf mit der Mitteilung eines freien Platzes für viele ältere Menschen und ihre Angehörige überraschend. In vielen Fällen ist ein Verabschieden von dem alten Zuhause gar nicht möglich, da der alte Mensch aufgrund einer akuten Verschlechterung seines Gesundheitszustands ins Spital gebracht und von dort direkt in ein Pflegeheim überstellt wird.¹⁹²

II. Die Übersiedlungsphase / Immediately after Institutionalization

Auf die Vorbereitungsphase folgt die Übersiedlungsphase, welche am Tag des Umzugs beginnt und in der Regel kürzer dauert als die Vorbereitungsphase. Über die voraussichtliche Dauer dieser Phase können jedoch keine allgemeingültigen Angaben gemacht werden, da der Gesundheitszustand des/der Einzelnen und individuelle Einstellungen die Dauer der Übersiedlungsphase wesentlich beeinflussen.

¹⁹⁰ vgl. Wahl/Reichert (1994), S. 32f

¹⁹¹ Sandberg (2001), S. 409f

¹⁹² vgl. Kao et al. (2004), S. 12

Der/Die neue BewohnerIn wird meist von seinen/ihren Angehörigen in das Heim begleitet, wo er/sie bereits von einer Pflegeperson erwartet wird. Diese mit der Bezugspflege betraute Pflegekraft ist primäre Ansprechperson für den/die neue/n BewohnerIn und seine/ihre Angehörigen. Ihre Aufgabe ist es, das Aufnahmeverfahren zu begleiten, die Biographie des älteren Menschen zu eruieren und einen Pflegeplan zu erstellen.¹⁹³

Am ersten Tag im Pflegeheim steht die Pflege nicht im Vordergrund, sondern es soll dem alten Menschen die Möglichkeit gegeben werden, sich langsam in dem System Pflegeheim zurechtzufinden. So wird zwischen Bezugspflegekraft und neuem/neuer BewohnerIn ein Erstgespräch geführt, welches primär dazu dient, Vertrauen auf- und Ängste abzubauen.

Die Angehörigen fühlen sich nach der „Übergabe“ des pflegebedürftigen Verwandten an die Bezugspflegekraft oftmals mit ihren Gefühlen alleingelassen. Kellett beschreibt in ihrer Studie die Gefühle, welche Angehörige nach der Übersiedlung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder in ein Pflegeheim empfinden: Dazu zählen „Erleben eines Kontrollverlusts“, „Entmachtet-Sein“, „gleichzeitige Gefühle von Schuld, Traurigkeit und Erleichterung“, das „Gefühl des Gescheitert-Seins“ und das „Gefühl, zu einer negativen Entscheidung gezwungen zu sein“.¹⁹⁴ Eine Übersiedlung des pflegebedürftigen Menschen muss jedoch nicht das Ende der pflegerischen Beziehung zwischen Familienangehörigen und dem pflegebedürftigen Menschen bedeuten. Es können sogenannte Caring Partnerships entwickelt werden: Aus Pflegenden und Angehörigen werden Partner, bei denen es nicht darum geht, Aufgaben und Funktionen zu verteilen, sondern gemeinsam Perspektiven zu erarbeiten.¹⁹⁵ Dabei ist es im Sinne der familienbezogenen Pflege [vgl. 2.3.5 c) Familien- und umweltbezogene Pflege] von großer Bedeutung, das Familiensystem und seine Veränderungen zu betrachten, da dieses einen entscheidenden Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden des alten, pflegebedürftigen Menschen liefert.

¹⁹³ vgl. Altmann (2006), S. 53

¹⁹⁴ vgl. Kellett (1999), S. 1474ff

¹⁹⁵ vgl. Kellett (1999), S. 1479

III. Die Adaptionphase / Postinstitutionalization / Assimilation

Nach dem transtheoretischen Konzept von Prochaska können im Anpassungsprozess an die neue Lebenssituation im Alters- oder Pflegeheim zwei Adaptionphasen unterschieden werden: die Phase der anfänglichen Eingewöhnung und der längerfristigen Adaption.¹⁹⁶ Dabei kommt der anfänglichen Eingewöhnung, und hier vor allem den ersten vier Wochen in der neuen Lebenssituation, eine hohe Bedeutung zu. Der Verlauf dieser ersten vier Wochen im Alters- oder Pflegeheim bestimmt den weiteren Verlauf der Adaption, da in dieser Zeit zum einen Gefühle wie Hoffnungslosigkeit, Trauer und depressive Verstimmungen („first-month-syndrom“) gehäuft auftreten, zum anderen die neue Umwelt auf Kontrollierbarkeit und Kontinuität getestet wird. In der Phase der längerfristigen Adaption entwickelt der/die neue BewohnerIn individuelle Strategien, etwa um ein für ihn/sie notwendiges Maß an Kontrolle zu erhalten oder um weitestmögliche Selbstständigkeit zu bewahren.¹⁹⁷

Nach Hegyi durchläuft der/die neue BewohnerIn eines Alten- oder Pflegeheims während der Anpassung an die neue Situation drei Phasen: die Phase der Erwartung, der Anpassung und des Stressausklangs.¹⁹⁸ Die erste Phase, die Phase der Erwartung, ist für den/die neue/n BewohnerIn sehr stressreich, da er/sie sich in seiner/ihrer neuen Umgebung zurechtzufinden lernen muss. Zu dem psychosozialen Stress kommt in vielen Fällen noch der schlechte Gesundheitszustand, der oftmals Grund für die Übersiedlung war, hinzu. Die Phase der Erwartung dauert laut Hegyi einige Wochen bis Monate. Die nächste Phase im Adaptierungsprozess an die neue Lebenssituation im Alters- bzw. Pflegeheim, die eigentliche Anpassungsphase, spannt sich über die nächsten vier bis sechs Monate. In dieser Phase entwickeln viele BewohnerInnen ein Relocation Stress Syndrom als Reaktion auf den Stress der Übersiedlung und Eingewöhnung. Durch viele Studien konnte belegt werden, dass die Mortalitätsrate von HeimbewohnerInnen in den ersten Monaten nach der Übersiedlung am höchsten ist. Der Stress, der durch die Übersiedlung innerhalb der ersten beiden Phasen ausgelöst wird, trägt zu diesen hohen Zahlen maßgeblich bei. Die dritte und letzte Phase des Anpassungsprozesses ist die Phase des Stressausklangs. Dabei kommt es

¹⁹⁶ vgl. Prochaska et al. (1992) – zitiert in Thiele et al. (2002), S. 557

¹⁹⁷ vgl. Wahl/Reichert (1994), S. 34ff

¹⁹⁸ vgl. Hegyi (1995), S. 1ff – zitiert in Klingenfeld (1999), S. 53

im günstigen Fall zu Genesung und Anpassung, im ungünstigen Fall zu psychischen Störungen, Persönlichkeitsverfall oder suizidalen Tendenzen.¹⁹⁹

Der Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim kann bei alten, pflegebedürftigen Menschen Institutionalisierungseffekte, sogenannte Relokationseffekte, bedingen. Dazu zählen Unruhe, Verwirrtheit, Angst, Unentschlossenheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Misstrauen, Einsamkeit und Suizidgedanken.²⁰⁰ Treten mehrere dieser Symptome gemeinsam auf, spricht man vom Relocation Stress Syndrom. Bei diesem Umzugs-Stress-Syndrom treten in vielen Fällen zusätzlich physiologische Symptome, wie Schlafstörungen, Gewichtsverlust oder gastrointestinale Störungen, auf.²⁰¹ In der Literatur finden sich zum Relocation Stress Syndrom unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche Angaben zu Existenz, Dauer, Intensität und Bewältigung dieses Syndroms.²⁰²

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es in der Phase der Adaptierung/Anpassung an das Leben in einer stationären Langzeiteinrichtung für alte, pflegebedürftige Menschen darum geht, sich trotz Eingliederung in das neue soziale System Identität, Autonomie, Selbstständigkeit, Kontrolle und andere persönliche Ressourcen zu bewahren. Durch den möglichst weitgehenden Erhalt dieser Eigenschaften und Fähigkeiten können Relokationseffekte verringert und die Lebenszufriedenheit der BewohnerInnen im Alters- oder Pflegeheim kann erhöht werden.

2.3.5 Neuere Pflegekonzepte

Zu den neueren Pflegekonzepten, die im stationären Pflegebereich zunehmend an Bedeutung gewinnen, zählen etwa Person-centered Care, Relationship-centered Care und die familien- und umweltbezogenen Pflege. Diese drei Ansätze werden im Folgenden näher betrachtet:

¹⁹⁹ vgl. Hegyi (1995), S. 1ff – zitiert in Klingenfeld (1999), S. 53

²⁰⁰ vgl. Walker et al. (2007), S. 40

²⁰¹ vgl. Kao et al. (2004), S. 12

²⁰² vgl. Wahl/Reichert (1994), S. 30ff

a) Person-centered Care

Neben dem Begriff „Person-centered Care“ finden sich in der Literatur noch weitere, angrenzende Begriffe wie „Individualized Care“, „Consumer-directed Care“, „Patient-centered Care“ oder „Self-directed Care“.²⁰³ Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass in der Pflege der Betroffene als Mensch in seiner Ganzheit in den Mittelpunkt gestellt und der Fokus nicht auf die Erkrankung bzw. die Pflegebedürftigkeit gelegt wird.

Person-centered Care meint eine Pflege, die an den Vorlieben und Interessen, der Biographie und dem kulturellen Hintergrund des pflegebedürftigen Menschen orientiert ist. Dabei ist es wichtig, den Menschen selbst und seine Familie zu kennen und zu wissen, welche Regeln und Normvorstellungen es innerhalb der Familie gibt. Wertvorstellungen, Vorlieben und spezielle Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen werden individuell eruiert. Nach diesen wird die Pflege ausgerichtet. Der Mensch in einer Betreuungs- bzw. Pflegeeinrichtung ist ein biopsychosoziales Wesen, d.h. er hat Bedürfnisse auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene – diese verschiedenen Ebenen stehen in einem engem Wechselspiel und bedingen einander. Pflege kann daher nicht alleine auf der biologischen Ebene ansetzen, sondern muss die Person auch auf psychischer und sozialer Ebene berühren. Das physische und emotionale Wohlbefinden des pflegebedürftigen Menschen steht dabei im Vordergrund.²⁰⁴

Der pflegerisch-therapeutischen Beziehung kommt in der Person-centered Care eine hohe Bedeutung zu. Sie ist tragfähig und konsistent, vertrauensvoll und für beide Seiten befriedigend. Diese Beziehung nach dem Person-centered Care-Ansatz bietet dem pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, innerhalb eines individuell ermittelten möglichen Risikobereichs frei zu entscheiden.²⁰⁵ Durch Person-centered Care soll dem Menschen in einer pflegerischen Einrichtung eine größtmögliche Kontrolle seiner Umwelt erhalten bleiben.²⁰⁶

²⁰³ vgl. Talerico et al. (2003), S. 12

²⁰⁴ vgl. Talerico et al. (2003), S. 14

²⁰⁵ vgl. Talerico et al. (2003), S. 14

²⁰⁶ vgl. Boise/White (2004), S. 14

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Person-centered Care ist die angemessene Involvierung von Familienangehörigen und FreundInnen/Bekannten in die Pflege. Dies ist zum einen deshalb wichtig, da gerade bei kognitiv beeinträchtigten Menschen eine adäquate Biographiearbeit ohne die Informationen der Angehörigen kaum oder nur schwer möglich ist, zum anderen, da im Hinblick auf den biopsychosozialen Ansatz Wohlbefinden nur durch Anregung aller drei Ebenen, also auch der sozialen, erreichbar ist. Nach Boise/White hat die Familie in der Person-centered Care fünf Aufgaben inne.²⁰⁷

- Familienangehörige stellen eine Informationsquelle für die Pflegenden dar und können helfen, Bedürfnisse und Vorlieben des Betroffenen zu verstehen.
- Sie sind wesentliche Teile des sozialen Netzwerks des pflegebedürftigen Menschen.
- Angehörige bieten ihrem pflegebedürftigen Familienmitglied direkte Betreuung und Pflege, indem sie beispielsweise bei der Nahrungsaufnahme helfen.
- Familienangehörige sind in der Person-centered Care Teil des Pflege-/Betreuungsteams, da sie in den Pflegeprozess, z.B. in die Planung der Pflege, maßgeblich involviert sind.
- Sie agieren als Anwälte/Advokaten ihrer betreuten Angehörigen, indem sie sicherstellen, dass die pflegebedürftigen Angehörigen diejenige Pflege bekommen, die sie benötigen.

Das Konzept der Person-centered Care stößt in der Praxis immer wieder an seine Grenzen, da Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen zumeist sehr leistungsorientiert geführt werden. Diese Diskrepanz zwischen Person-centered Care und Anspruch bzw. Leistungsvorgaben der Einrichtungen schafft Spannungen und zu bewältigende Herausforderungen.²⁰⁸ Kurzfristig gesehen ist der Ansatz der Person-centered Care ein zeit- und ressourcenintensiver, da das individuelle Eingehen auf den/die einzelne/n Patienten/in, das Sich-Richten nach dem Zeitplan des/der Betroffenen und die häufigen Gespräche mit ihm/ihr und seiner/ihrer Familie Zeit benötigen. Auf längerfristige Sicht bringt Person-centered Care jedoch nicht nur dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen, sondern auch den Pflegenden

²⁰⁷ vgl. Boise/White (2004), S. 14ff

²⁰⁸ vgl. Dewing (2004), S. 39

einige Vorteile: Die Zufriedenheit mit der Pflege steigt sowohl bei den Betroffenen, ihren Angehörigen als auch den Pflegenden an.²⁰⁹ Nach dem biopsychosozialen Modell hat diese Zufriedenheit (psychische Ebene) direkten Einfluss auf die anderen beiden Ebenen: Auf biologischer Ebene werden diese Einflüsse etwa durch einen besseren/schnelleren Krankheitsverlauf oder eine geringere Rückfallsrate deutlich.

b) Relationship-centered Care

Relationship-centered Care bezieht sich auf die Beziehungen zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn, zwischen den verschiedenen Professionen innerhalb eines interdisziplinären Teams, zwischen Gesundheitssystem und Öffentlichkeit und auch auf die Beziehung des/der Arztes/Ärztin zu sich selbst.²¹⁰ Beziehungen stehen im Vordergrund dieses Pflegeansatzes, da erkannt wurde, dass in Interaktionen Dinge möglich werden, welche der/die PatientIn auf sich alleine gestellt nicht erreicht hätte. Gemeinsam werden Ziele erreicht, welche größer sind als diejenigen, die dem/der Einzelnen möglich sind.

Der etwa 1994 entstandene Begriff der Relationship-centered Care setzt Partnerschaftlichkeit, Aufmerksamkeit für Beziehungsprozesse, gemeinsame Entscheidungsfindung und Selbst-Bewusstsein in den Mittelpunkt jeder Beziehung im pflegerischen Kontext.²¹¹ Dabei ist der Prozess des Zusammenarbeitens von hoher Wichtigkeit, nicht nur für den Therapieerfolg alleine, sondern für die Tragfähigkeit der Beziehung im Allgemeinen. Ein gemeinschaftliches, partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn erhöht die Compliance, beeinflusst den Therapieerfolg in positiver Weise und stärkt das Selbstbewusstsein des/der Patienten/in.

Relationship-centered Care ist weniger eine Theorie als vielmehr eine Philosophie bzw. Ideologie. Kritiker merken an, dass es der Relationship-centered Care an fundierten theoretischen Grundlagen mangelt, da weder ausgeführt wird, wie Beziehungen entstehen, noch wie sie sich entwickeln bzw. wie sie funktionieren.²¹²

²⁰⁹ vgl. Talerico et al. (2003), S. 13f

²¹⁰ vgl. Suchman (2006), S. 40

²¹¹ vgl. Suchman (2006), S. 40

²¹² vgl. Suchman (2006), S. 40

Suchman entwickelte dafür das Modell der „Complex responsive processes of relating“²¹³ (CRPR), welches diese Lücke, die mangelnde theoretische Fundierung, schließen soll. CRPR legt den Fokus auf das Spontane, Unvorhergesehene in Beziehungen: Die Aufmerksamkeit für Interaktionen in Beziehungen, welche auch der Relationship-centered Care zugrunde liegt, wird bei CRPR auf jeden einzelnen Moment in einer Beziehungsinteraktion gelegt. Verhalten in Beziehungen ist unvorhersehbar, Verhaltensmuster werden im Moment gebildet, und Reaktionen auf Verhalten folgen einem nicht-linearen Prozess. Es bedarf daher einer differenzierten, genauen Betrachtung jeder einzelnen Phase einer Interaktion, um den variablen Beziehungs- und Verhaltensmustern gemäß adäquat zu reagieren.

Von Miller stammt ein „Werkzeug“ zur Anwendung des Relationship-centered Care-Ansatzes in der Praxis: die „Clinical Hand“. Die Begegnung und Interaktion im klinischen Feld wird anhand von sieben Themenbereichen näher beleuchtet. Diese Bereiche „Opening the Hand“, „Grip of Power“, „Wrist Lines of Guidance“, „Fingers of Direction“, „Nails for Trouble“, „Palm of Hope“ und „Swinging Cultural Ape“ sind stark symbolbesetzt und werden im Folgenden näher erläutert:²¹⁴

„Opening the Hand“, d.h. das Öffnen der Hand, streicht die Bedeutung der (therapeutischen) Beziehung zwischen dem Pflege- oder ÄrztInnenteam und dem pflegebedürftigen Menschen hervor. Das Öffnen der Hand meint zum einen das Schütteln der Hände zu Beginn und Ende einer therapeutischen Interaktion, ist zum anderen aber auch bildlich zu sehen: als Offenheit und Bereitschaft zum Kontakt. „Grip of Power“ bezieht sich auf Macht und Kraft in therapeutischen Beziehungen: Ist zu Beginn der therapeutischen Beziehung der Händedruck des Pflegenden/der Ärztin bzw. des Arztes fester als der des Betroffenen, so wird sich das Kräfteverhältnis über die Dauer der Beziehung hinweg ausgleichen. Das ÄrztInnen- bzw. Pflegeteam ist aber auch dazu aufgefordert, zu erkennen, welche Macht in Diagnosestellung und Verordnungen liegt, und mit dieser Macht sorgsam und menschlich umzugehen. Die Kraft der Genesung bzw. Heilung liegt jedoch weder beim ÄrztInnen-/Pflegeteam noch bei dem/der Betroffenen alleine, sondern in der tragfähigen, partnerschaftlichen Beziehung zwischen ihnen. Die „Wrist Lines of

²¹³ vgl. Suchman (2006), S. 40ff

²¹⁴ vgl. Miller (2004), S. 330ff

Guidance“, die drei parallelen Linien am Handgelenk, stehen für die drei Ziele einer jeden Interaktion im klinischen Feld und für die drei möglichen Arten der klinischen Begegnung. Zu den drei Zielen gehören das Entwickeln einer tragfähigen Basis, die Klärung über den Grund für die Interaktion und das Hervorstreichen des Wunsches nach Erhalt/Wiedererlangung der Gesundheit. Die klinische Begegnung kann routinehaft (bei einfach und schnell zu bearbeitenden Sorgen/Problemen), zeremonienhaft (bei chronischen Erkrankungen) oder als Drama (bei Erkrankungen, welche eine einschneidende Veränderung des Lebens des Betroffenen bedingen) erfolgen. Die „Fingers of Direction“ heben jeweils einen bedeutsamen Aspekt der klinischen Interaktion hervor: Der Zeigefinger zeigt den Weg zu „Connecting“, indem eine gute Basis für das Gespräch geschaffen wird. Der Mittelfinger („Negotiating Agenda“) setzt Prioritäten in der Interaktion. „Handing Over“, die Botschaft des Ringfingers, meint, dass das ÄrztInnen- bzw. Pflorgeteam dem/der Betroffenen ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Empfehlungen vermittelt. Die Botschaft des kleinen Fingers, „Safety Netting“, bezieht sich auf die letzte Phase vor der Beendigung der Interaktion, in welcher Informationen gesammelt und gegebenenfalls zurechtgerückt bzw. korrigiert werden müssen. Der Daumen erinnert daran, dass nach der Interaktion emotional noch nicht verarbeitete Inhalte bearbeitet werden und der Kopf frei gemacht wird für Neues („Housekeeping“). Nicht nur die Finger einer Hand bieten Hilfestellungen bei der klinischen Interaktion, sondern auch den Nägeln sind Bedeutungen zugeschrieben: Die „Nails for Trouble“ beschreiben das von Stuart/Lieberman²¹⁵ entwickelte BATHE-Modell: Background („Was ist passiert?“), Affect („Wie fühlen Sie sich?“), Trouble („Was sorgt Sie am meisten?“), Handling („Wie sind Sie damit umgegangen?“) und Empathy (empathisches Antworten). „Palm of Hope“, die Handfläche der Hoffnung, wird als Baum der Heilung verstanden, dessen fünf Äste auf die emotionalen, physischen, konzeptionellen, sozialen und spirituellen Aspekte des Betroffenen Bezug nehmen. Diagnose, Behandlung und Pflege müssen all diese Aspekte berücksichtigen. Dies wird deutlich durch „Swinging Cultural Ape“, den sich durch die Äste des Baumes schwingenden Affen, welcher zum einen die Bewegung und Dynamik des Modells verdeutlicht, zum anderen aber als „reminder of evolutionary heritage“²¹⁶ die Bedeutung von Kultur und Diversität hervorstreicht.

²¹⁵ Stuart/Lieberman (2002), zitiert in Miller (2004), S. 332

²¹⁶ Miller (2004), S. 333

Das Modell der „Clinical Hand“ als ein mit vielen Bildern und Symbolen arbeitendes Modell stellt ein Werkzeug dar, mit Hilfe dessen Relationship-centered Care in den klinischen Alltag integriert werden kann. Symbolisch werden die Charakteristika der Relationship-centered Care, wie das partnerschaftliche Zusammenarbeiten von Ärzte-/Pflegeteam und Betroffenen, die Wertschätzung und die Aufmerksamkeit für die Prozesse der klinischen Beziehung, dargestellt und Anleitungen zur praktischen Umsetzung gegeben.

c) Familien- und umweltbezogene Pflege

Der Theorie der familien- und umweltbezogenen Pflege liegt die Theorie des systemischen Gleichgewichts zugrunde, welche von der Ordnung komplexer Phänomene in mit ihrer jeweiligen Umwelt interagierende Systeme ausgeht. Diese Systeme sind hierarchisch geordnet und gliedern sich in Subsysteme, deren kleinste Einheit der einzelne Mensch ist.²¹⁷

Die Theorie des systemischen Gleichgewichts ist an folgenden vier Metaparadigmen ausgerichtet: Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege. Für die Theorie der familien- und umweltbezogenen Pflege wird als fünftes Metaparadigma die Familie hinzugefügt.²¹⁸ Pflege der Familie meint laut Friedemann eine „Verlagerung des Pflegeansatzes auf eine höhere Systemebene“, wobei Familien- und mit der Familie zusammenarbeitende Umweltsysteme in gleicher Weise betrachtet werden.²¹⁹

Menschliches Verhalten ist auf die vier Ziele Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität ausgerichtet. Zur Zielerreichung werden Verhaltensweisen in folgenden Bereichen gesetzt: Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation. Zur Systemerhaltung bedarf es gemeinsamer Werte und der Flexibilität zur Anpassung an andere Familienmitglieder und Situationsbedingungen; Systemänderung zielt auf die Kapazität der Familie, Veränderungen zu tragen; Kohärenz meint ein Gefühl der Zusammengehörigkeit;

²¹⁷ vgl. Friedemann (1996), S. 16f

²¹⁸ vgl. Friedemann (1996), S. 19

²¹⁹ Friedemann (1996), S. 53

Individuation ermöglicht es den Familienmitgliedern, neue Rollen der Umwelt anzunehmen.²²⁰

Bei der Familienpflege wird die Aufmerksamkeit auf das für den Betroffenen relevante Familiensystem und auf die Bereiche Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation gelenkt. Dabei wird der Familienpflege v.a. der Systemerhaltung ein hoher Stellenwert zuteil, indem auf „die Förderung der Gesundheit des Individuums durch die emotionelle Unterstützung der Familienmitglieder“ fokussiert wird.²²¹

²²⁰ vgl. Friedemann (1996), S. 21 und S. 177

²²¹ Friedemann (1996), S. 53

3 EMPIRISCHER TEIL

Obgleich die Familien- und Netzwerkforschung seit der Mitte des 20. Jahrhunderts eine Vielzahl an quantitativen und qualitativen Studien zu den Beziehungen innerhalb der Kernfamilie und zwischen Kernfamilie und erweiterter Familie hervorgebracht hat, existiert laut Wagner kein umfassendes Bild von Haushalts- und Familienbeziehungen.²²² Dabei hebt Wagner besonders den Mangel an Erkenntnissen zu Veränderungen familiärer Beziehungen durch einschneidende Ereignisse bzw. Erlebnisse und das Forschungsdefizit in Bezug auf die Erhebung aller (im selben Haushalt lebender) Familienmitglieder hervor.²²³ Neben diesen von Wagner beschriebenen Forschungsdefiziten im Bereich der Familien- und Netzwerkforschung stellt auch die Analyse sozialer Beziehungen, bei denen ein Part in einer stationären Einrichtung lebt, ein bisher wenig erforschtes Gebiet dar.

Diese Untersuchung hat das Ziel, einen Beitrag zur Schließung der letztgenannten Forschungslücke zu leisten, indem sie anhand einzelner Beispiele das Erleben sozialer Kontakte im Alters- bzw. Pflegeheim aus der Sicht alter, pflegebedürftiger Menschen beschreibt. Im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht das subjektive Erleben der Betroffenen, ein Anspruch auf generelle Gültigkeit der Ergebnisse soll und kann folglich nicht erhoben werden. Weiters beschäftigt sich diese Untersuchung mit den Schwierigkeiten des Erhalts, der Pflege und der Neufindung sozialer Kontakte im Alters- oder Pflegeheim aus der Sicht der BewohnerInnen.

In der Arbeit werden folgende Forschungsfragen untersucht:

- a) Welche sozialen Kontakte unterhalten alte, pflegebedürftige Menschen in einem Alters- bzw. Pflegeheim und wie erleben sie diese?
- b) Was sind die Schwierigkeiten, in einem Alters- bzw. Pflegeheim bestehende soziale Kontakte aufrechtzuerhalten bzw. neue Kontakte zu knüpfen?

Nach einer kurzen Darstellung des Aufbaus der Untersuchung folgt ein Abschnitt über die Methodik der Studie, unterteilt in die Bereiche Datenerhebung und Datenauswertung. Anschließend werden die Teilnehmerinnen der Studie vorgestellt

²²² vgl. Wagner (2002), S. 232

²²³ vgl. Wagner (2002), S. 232

und die Ergebnisse der Untersuchung mit Ausschnitten aus den Interviews präsentiert und analysiert. Eine Zusammenfassung der im Bezug auf die Forschungsfragen analysierten Daten und eine Diskussion der Ergebnisse schließen den empirischen Teil der Arbeit ab.

3.1 Aufbau der empirischen Untersuchung & Methodik

Diese Studie beschäftigt sich mit den sozialen Kontakten alter, pflegebedürftiger Menschen in einem Alters- bzw. Pflegeheim. Der Fokus liegt dabei auf dem subjektiven Erleben dieser Kontakte aus der Sicht der Betroffenen, also der BewohnerInnen des Alters- bzw. Pflegeheims.

Für die Erhebung von (familiären) Beziehungen und Beziehungsqualität werden in der Literatur oftmals quantitative Zugänge gewählt, so etwa bei Mangen et al.²²⁴ Diese Studien können wertvolle Informationen und Daten zu Anzahl der verschiedenen Kontakte und Kontakthäufigkeiten liefern, für eine qualitative Beschreibung von Beziehungen greifen sie allerdings zu kurz. So beschreibt beispielsweise Lüscher die Schwierigkeit bei der Erfassung von Ambivalenzen, welche mittels quantitativer Forschungsansätze methodologisch nur schwer gelöst werden kann.²²⁵ Weiters kann von deskriptiven Daten alleine nicht auf die familiäre Integration zwischen alten Eltern und ihren Kindern bzw. die Verbundenheit des Einzelnen mit seinem sozialen Netzwerk geschlossen werden.²²⁶

Da in dieser Arbeit das subjektive Erleben der alten, pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen im Mittelpunkt steht, wird für die Durchführung der Untersuchung der qualitative Forschungsansatz gewählt. Im Gegensatz zu quantitativer Forschung arbeitet qualitative Forschung mit sozial- und sprachwissenschaftlichen Methoden, „die in einem kontrollierten und reflektierten Prozess der doppelten Hermeneutik die kulturell verankerten Sinngehalte subjektiven Erlebens und sozialer Interaktion entschlüsseln“.²²⁷

²²⁴ vgl. Mangen et al. (1988)

²²⁵ vgl. Lüscher (2000), S. 147

²²⁶ vgl. Dallinger (1997), S. 38

²²⁷ Frömmer/Rennie (2006), S. 210

In dieser Untersuchung wurden für die Gewinnung der Daten zum subjektiven Erleben sozialer Kontakte im Alters- bzw. Pflegeheim qualitative, problemzentrierte Interviews auf der Grundlage eines flexiblen Interviewleitfadens (siehe Anhang) mit BewohnerInnen eines Alters- bzw. Pflegeheims geführt, wobei sich die Fragen der Interviewerin primär auf die Familie bzw. die Kontakte zur Familie des alten Menschen bezogen. Angaben zu anderen bedeutenden Partnern des sozialen Netzwerks, wie FreundInnen oder MitbewohnerInnen, wurden in den Gesprächen – meist ohne explizites Nachfragen von Seiten der Interviewerin, um die Anzahl der sozial erwünschten Antworten möglichst gering zu halten – von den Befragten selbst getätigt.

Die folgenden Kapitel widmen sich der näheren Darstellung von Erhebung und Auswertung der Daten dieser Untersuchung.

3.1.1 Datenerhebung

Als qualitative Datenerhebungsmethode wurde für diese Untersuchung das problemzentrierte Interview ausgewählt. Bei problemzentrierten Interviews wird ein flexibler Interviewleitfaden verwendet, welcher die für das Thema relevanten Bereiche umfasst. Die/Der Befragte wird vom/von der InterviewerIn aufgefordert, zu einem konkreten Thema frei zu erzählen. Das Interview kommt dadurch einem offenen Gespräch sehr nahe. Entfernt sich die Erzählung zu weit vom interessierenden Thema, leitet die/der ForscherIn mit gezielten Fragen zurück zu der Problemstellung. Weiters lenkt die/der ForscherIn die/den Befragten auf bestimmte, relevante Fragestellungen hin.²²⁸ Im Gespräch passt der/die InterviewerIn sowohl die Reihenfolge der Fragen als auch die Redegeschwindigkeit und Lautstärke der jeweiligen Interviewsituation an und wiederholt gegebenenfalls einzelne Fragen.²²⁹ Weiters kann der/die InterviewerIn dem Gegenüber entsprechend seine/ihre Sprache (Dialekt bzw. Hochdeutsch) und zwischen einzelnen Worten mit gleicher Bedeutung (z.B. bei älteren Menschen „Bild“ statt „Foto“) wählen, um ein besseres Verständnis bzw. ein höheres Wohlbefinden beim/bei der InterviewpartnerIn zu erreichen.

²²⁸ vgl. Mayer (2002), S. 127f

²²⁹ vgl. Miklautz (2006), S. 102

Für die Untersuchung selbst wurde aufgrund der räumlichen Nähe zum Wohnort der Autorin und der bekannten Bereitschaft des Hauses, an (externen) Studien und Untersuchungen teilzunehmen, das Geriatriische Pflegekrankenhaus des Hauses der Barmherzigkeit im 16. Wiener Gemeindebezirk ausgewählt.

Um den Kontakt zu den BewohnerInnen des Hauses herzustellen, wurde zunächst die Pflegedienstleiterin des Hauses, Frau Mag. Astrid Lang, kontaktiert und über Inhalt und Methodik der Arbeit informiert. Bei einem anschließenden persönlichen Gespräch wurde genauer über die Thematik der Arbeit gesprochen und von Seiten der Pflegedienstleiterin das Interesse an einer Teilnahme an der empirischen Untersuchung bekundet. In einem weiteren Schritt wurden vier Stationsleiterinnen von Frau Mag. Lang über die bevorstehende Untersuchung informiert. Telefonisch vereinbarte die Autorin mit den einzelnen Stationsleiterinnen Gesprächstermine mit den BewohnerInnen, welche für die Stationsleiterinnen die von der Autorin zuvor bekanntgegebenen Auswahlkriterien erfüllten.

Folgende Kriterien galten für die Autorin als Auswahlfaktoren:

- Die/Der BewohnerIn wohnt in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe und befindet sich nicht (mehr) in der Phase des Probewohnens.
- Es gibt lebende Verwandte der/des BewohnerIn/s, mit welchen die/der BewohnerIn zum Zeitpunkt der Datenerhebung jedoch nicht unbedingt in Kontakt stehen muss.
- Die/Der BewohnerIn ist kognitiv und physisch soweit uneingeschränkt, als dass sie/er in der Lage ist, ein länger dauerndes Gespräch zu führen.

Um eine Bandbreite an Berichten mit potenziell unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen zu generieren, wurden sieben Interviews geführt. Da in keinsten Weise Anspruch auf Vergleichbarkeit der Daten erhoben wird bzw. erhoben werden soll, wurde in Bezug auf die Auswahl der GesprächsteilnehmerInnen kein Einfluss genommen. So wurden diejenigen BewohnerInnen interviewt, welche die oben genannten Einschlusskriterien erfüllten und bei denen der Gesundheitszustand zum geplanten Zeitpunkt des Interviews kein Hindernis oder Ausschlusskriterium für das Gespräch bedeutet hatte.

Im Zeitraum Januar bis April 2008²³⁰ wurden von der Autorin die Interviews auf vier Stationen des Hauses der Barmherzigkeit im 16. Wiener Gemeindebezirk geführt. Alle InterviewpartnerInnen waren Frauen, da zum einen der Anteil der Bewohnerinnen in dem Pflegeheim weitaus höher war als der der Bewohner, zum anderen, da die InterviewkandidatInnen die Einschlusskriterien erfüllen mussten und Frauen im vorliegenden Fall tendenziell weniger stark beeinträchtigt waren als Männer. Dass ausschließlich Frauen die Kriterien erfüllten und dadurch für ein Interview in Frage kamen, war nicht geplant, sondern ein zufälliges Ergebnis. Die Interviews dauerten zwischen 27 und 65 Minuten und wurden zum Großteil in den Zimmern der jeweiligen Bewohnerinnen geführt. Zwei Gespräche wurden in einem Gemeinschaftsraum geführt, in welchem in einem Fall ein ungestörtes Gespräch möglich war, im zweiten Fall jedoch Ablenkung durch weitere im Raum Anwesende gegeben war. Nach einer Vorstellung der Autorin und einer kurzen Erklärung über Hintergrund und Thema des Gesprächs wurde den Frauen die Anonymität zugesichert. Alle Gespräche wurden – mit dem Einverständnis der Befragten – aufgezeichnet, im Anschluss wurden sie transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse analysiert.

3.1.2 Datenauswertung

Die Auswertung der in den problemzentrierten Interviews gewonnenen Daten wurde nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Inhaltsanalyse stellt ein stark induktiv vorgehendes Auswertungsmodell dar, d.h. sie orientiert sich nicht an vorher definierten Kategorien, sondern erarbeitet diese aus dem Text bzw. dem transkribierten Interview.²³¹ Nach Mayring hat Inhaltsanalyse folgende sechs Merkmale:²³²

1. Inhaltsanalyse analysiert Kommunikation.
2. Inhaltsanalyse arbeitet mit symbolischer, d.h. fixierter Kommunikation.
3. Das Vorgehen ist systematisch.
4. Die Analyse geschieht nach definierten Regeln.
5. Inhaltsanalyse geht theoriegeleitet vor.

²³⁰ Zu Ostern wurde auf die Durchführung von Interviews verzichtet, da vermutet wurde, dass eine den Feiertagen entsprechende höhere Besuchsrates die Ergebnisse verzerren könnte.

²³¹ vgl. Mayer (2002), S. 169f

²³² vgl. Mayring (2003⁸), S. 12f

6. Das Ziel ist es, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.

Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich nach Mayring vor allem zur Hypothesenfindung und Theoriebildung, für Pilotstudien, Vertiefungen, Einzelfallstudien, Prozessanalysen, Klassifizierungen und zur Theorie- und Hypothesenprüfung.²³³ Die Untersuchung, die im Zuge dieser Arbeit durchgeführt worden ist, stellt Einzelfälle dar, sucht aber auch nach übergreifenden Kategorien. Hypothesen oder Theorien sollen bzw. können jedoch keine abgeleitet werden.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring folgt in der Regel dem in Abb. 6 dargestellten Ablaufmodell, welches jedoch der Situation und den jeweiligen Bedürfnissen der Untersuchung angepasst und variiert werden kann.

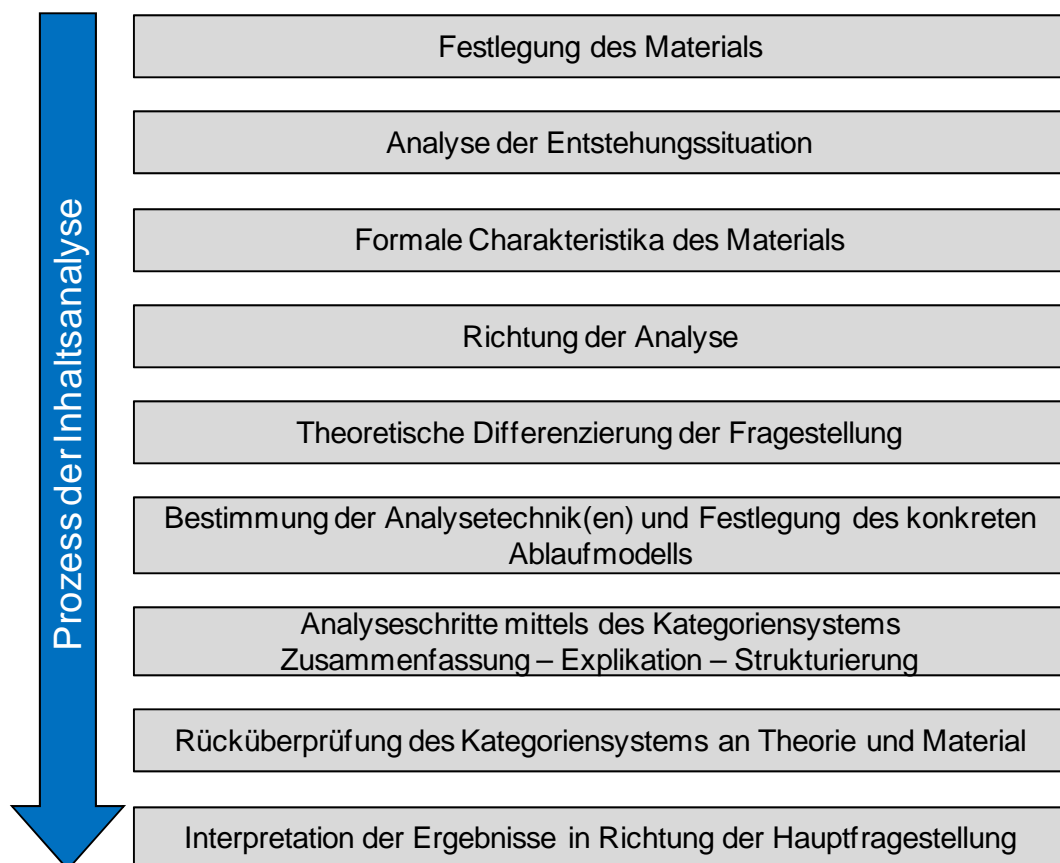


Abb. 6: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2003⁸), S. 54; eigene Darstellung

²³³ vgl. Mayring (2003⁸), S. 20ff

Auf die einzelnen Schritte dieses Ablaufmodells wird im Folgenden näher eingegangen.²³⁴

Die Festlegung des Materials meint die genaue Definition, welches Material bei der Analyse verwendet wird. Das zu bearbeitende Material wird im Idealfall vor der Analyse bestimmt und danach weder erweitert noch verändert. Bei der Analyse der Entstehungssituation werden die Bedingungen dargestellt, unter welchen das Material gewonnen wurde. Von besonderer Wichtigkeit sind dabei die an der Entstehung des Textes beteiligten Personen (in diesem Fall die Befragten und die Interviewerin), „der emotionale, kognitive und Handlungshintergrund“²³⁵ der Befragten und die speziellen Bedingungen der Situation selbst. Weiters werden die formalen Charakteristika des Materials beschrieben, wobei Inhaltsanalyse in der Regel von verschriftlichten Texten ausgeht. Interviews müssen dafür zunächst transkribiert werden.

Mittels Inhaltsanalyse können Aussagen zum im Text behandelten Thema, zur Person des Verfassers (der Befragten) oder zu den Wirkungen des Textes auf die Zielgruppe gemacht werden. Bei der Richtung der Analyse ist festzulegen, mit welchem Schwerpunkt bzw. mit welchem Ziel die Analyse durchgeführt wird. Die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung zielt auf die der Interpretation des Textes vorangegangene theoretische Fundierung des interessierenden Themas durch Literaturstudium etc. ab.

Im Folgenden werden die Analysetechniken bestimmt und das Ablaufmodell wird festgelegt. Dabei werden zunächst die Analyseeinheiten Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit definiert:

- „Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimalste Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen darf.
- Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.

²³⁴ vgl. Mayring (2003⁸), S. 46ff

²³⁵ Mayring (2003⁸), S. 47

- Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.“²³⁶

Nachdem mithilfe der Bildung von Analyseeinheiten Kategorien gebildet worden sind, beginnt die Phase der Interpretation. Für die Interpretation existieren drei Grundformen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Bei der Zusammenfassung geht es darum, das Datenmaterial zu reduzieren ohne die wesentlichen Inhalte zu eliminieren oder zu verändern. Das „Ganze“, d.h. das Grundmaterial, muss immer noch erkennbar sein. Die Explikation versucht, einzelne Textstellen entweder aus dem Text heraus (enge Kontextanalyse) oder mittels zusätzlichem Material (weite Kontextanalyse) zu erklären und zu erläutern. Bei der Strukturierung wird entweder anhand zuvor definierter Kriterien ein Querschnitt durch das Material gelegt oder es wird eine Einschätzung des Materials aufgrund bestimmter Kriterien durchgeführt. Anhand der unterschiedlichen Schwerpunkte unterscheidet man bei der Strukturierung folgende Analyseformen: formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierungen.

Nach der Analyse werden die Ergebnisse der Analyse anhand der Hauptfragestellung der Untersuchung interpretiert. Im Anschluss wird die Analyse im Hinblick auf die inhaltsanalytischen Gütekriterien geprüft. Krippendorff²³⁷ unterscheidet dabei – aufbauend auf zwei Gütekriterien der quantitativen Analyse, Validität und Reliabilität – acht inhaltsanalytische Gütekriterien: Semantische Gültigkeit, Stichprobengültigkeit, Korrelative Gültigkeit, Vorhersagegültigkeit, Konstruktgültigkeit, Stabilität, Reproduzierbarkeit und Exaktheit.

Im Folgenden werden einzelne Schritte der Analyse der aus den Interviews gewonnenen Daten, welche für die Nachvollziehbarkeit der Analyse von besonderer Bedeutung sind, im Detail betrachtet:

Zur Analyse gelangten alle der im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführten Interviews mit Bewohnerinnen eines Pflegeheims. Da die sieben Interviews auf den Stationen eines Pflegeheims geführt wurden, konnte davon ausgegangen werden,

²³⁶ Mayring (2003⁸), S. 53

²³⁷ vgl. Krippendorff (1980), zitiert in Mayring (2003⁸), S. 111ff

dass die Gespräche zum Teil von anderen BewohnerInnen, Pflegenden oder Angehörigen gestört bzw. unterbrochen werden. Durch die Wahl eines möglichst ungestörten Raumes für das Gespräch konnten diese Störfaktoren möglichst gering gehalten werden.

Ebenso war zu erwarten, dass von Seiten der BewohnerInnen sozial erwünschte Antworten gegeben werden, welche die Ergebnisse verfälschen können. Im Interview wurde seitens der Interviewerin besonders darauf geachtet, die Fragestellung offen und neutral zu halten, um den BewohnerInnen ein freies Erzählen zu ermöglichen.

Die sieben Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten während dem Gespräch aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Bei der Transkription wurde nach folgenden Regeln gearbeitet:

- Die Gespräche wurden wortwörtlich und in gesamter Länge transkribiert.
- Dialektsprache wurde ins Hochdeutsche übertragen, sofern es ein entsprechendes Äquivalent gab. Wenn Bedeutung oder Sinn der Aussage durch den Ersatz eines Wortes verändert worden wären, wurde das Dialektwort lautschriftlich niedergeschrieben.
- Unverständliches wurde durch Punkte in Klammern dargestellt: (...)
- Pausen wurden durch drei Punkte dargestellt: ...
- Anmerkungen zu den Gesprächen, wie begleitende Gestik, Lachen oder Unterbrechungen, wurden kursiv und in Klammern geschrieben: (*lacht*)
- Besonders hervorgehobene oder betonte Worte wurden unterstrichen: immer
- Die Zeilen wurden am linken Blattrand durchgängig nummeriert.

Die Analyse kann nach Mayring auf die Quelle, den Kommunikator, den Text selbst oder die Zielgruppe bzw. den Rezipient des Textes gerichtet sein.²³⁸ In vorliegender Untersuchung interessiert vor allem der Kommunikator, d.h. es sollen Aussagen zum emotionalen und kognitiven Hintergrund des Kommunikators gemacht werden. Dabei geht es vor allem um den emotionalen Zustand und den emotionalen Bezug zum Thema der Untersuchung, aber auch um die Bedeutungen und Einstellungen zu dem Thema. Analysiert wurden daher ausschließlich Aussagen der BewohnerInnen, die für das Thema der Untersuchung von Relevanz waren.

²³⁸ vgl. Mayring (2003⁸), S. 50f

Das Textmaterial wurde in einem mehrstufigen Verfahren analysiert: Das transkribierte Material wurde zunächst fortlaufend paraphrasiert, d.h. mit anderen Worten aus der Sicht der/des Erzählenden wiedergegeben. Anschließend fand eine Generalisierung statt, wobei thematisch zusammengehörige Paraphrasen zu einer Generalisierung zusammengefasst wurden. Aus den Generalisierungen jedes Interviews wurden Themenfelder gebildet. Diese Themenfelder wurden für jedes Interview getrennt durchnummeriert und mit einem Kennzeichen für die spätere Rückverfolgung der Aussagen zu dem jeweiligen Interview versehen (z.B. B_T4 für das Themenfeld 4 des Gesprächs mit Frau B). Alle Themenfelder wurden danach interviewübergreifend thematisch geordnet und zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst, welche – zur besseren Übersicht in der Bearbeitung – in einzelne Subkategorien unterteilt wurden. Die Überprüfung der Kategorien und Subkategorien am theoretischen Hintergrund und am Ausgangsmaterial fand statt.

Im Anschluss erfolgte die Interpretation der Kategorien anhand der Hauptfragestellungen. Bei der Interpretation der Daten erscheint es für das Thema der Untersuchung am sinnvollsten, das Datenmaterial mittels Zusammenfassungen zu interpretieren. Zusammenfassungen bieten im Vergleich zu Explikationen oder Strukturierungen den Vorteil, das Ausgangsmaterial am besten widerzuspiegeln. Explikationen dagegen dienen eher einer Ausweitung bzw. einem Ausbau des Ausgangsmaterials, Strukturierungen einer Einschätzung des Materials anhand bestimmter Kriterien.²³⁹ Die aus der Interpretation gewonnenen Aussagen wurden ein weiteres Mal am Ausgangsmaterial überprüft.

Da es in dieser qualitativen Untersuchung um das subjektive Erleben einzelner Betroffener geht, ist die Ergebnisdarstellung stets unter diesem Aspekt zu betrachten. Die dargestellten Ergebnisse sind an keiner Stelle als universell gültig zu sehen. Weiters ist laut Mayring eine Interpretation sprachlichen Materials mittels qualitativer Inhaltsanalyse „immer prinzipiell unabgeschlossen. Sie birgt immer die Möglichkeit der Re-Interpretation.“²⁴⁰

²³⁹ vgl. Mayring (2003¹¹), S. 58

²⁴⁰ vgl. Mayring (2003¹¹), S. 34

3.2 Die TeilnehmerInnen

Für die Teilnehmerinnen²⁴¹ an dieser Untersuchung werden im Folgenden die Begriffe Bewohnerinnen bzw. Heimbewohnerinnen gewählt. Die Frage, wie die BewohnerInnen eines Alten- oder Pflegeheims idealerweise zu bezeichnen sind, wird in der Literatur sehr kontrovers diskutiert. Neben alten, heute kaum noch gebrauchten Bezeichnungen wie „Insassen“ oder „PatientInnen“, existieren in aktuellerer Literatur die Begriffe „KlientInnen“ oder „KundInnen“. Da diese modernen Bezeichnungen die nur eingeschränkte bzw. „begrenzte Entscheidungsfreiheit“²⁴² der HeimbewohnerInnen außer Acht lassen und umfassende und uneingeschränkte Kundenrechte suggerieren, wird für diese Arbeit der neutralste Begriff, nämlich der der „BewohnerInnen“, gewählt. Dieser Begriff spiegelt darüber hinaus am besten wider, dass – trotz Pflege und Versorgung als elementare Bestandteile des Pflegeheimalltags – beim Leben in einem Alters- oder Pflegeheim das Wohnen im Vordergrund steht.

Im Folgenden werden die sieben Teilnehmerinnen vorgestellt, wobei ausschließlich Informationen verwendet werden, welche von den Frauen in den Interviews selbst angegeben wurden. Um die Anonymität zu wahren, werden sowohl die Namen der Bewohnerinnen, als auch jene der Bezugspersonen (z.B. Angehörige) anonymisiert bzw. geändert.

Frau A.

Die 89-jährige Frau A. lebt seit knapp drei Jahren im Geriatrischen Pflegekrankenhaus Haus der Barmherzigkeit. Der Umzug in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe ist ihr nicht leicht gefallen, obwohl sie die Entscheidung zur Übersiedlung selbst getroffen hat. Der Grund für die Übersiedlung war eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands. Frau A. kam – ohne lange Wartezeit – direkt nach einem Spitalsaufenthalt in das Pflegeheim, ein Pfarrer und einige Klosterschwestern haben sie bei der Organisation der Übersiedlung unterstützt. Zu ihrer Familie gehören für Frau A. ihr Sohn, zwei Enkelkinder und vier Urenkelkinder; ihr Mann ist vor etwa zwanzig Jahren verstorben. Die Familie von

²⁴¹ Da alle Interviews mit Frauen geführt wurden, wird hier und im Folgenden bewusst ausschließlich die weibliche Form verwendet.

²⁴² Tinnefeldt (2002), S. 152

Frau A. wohnt zum überwiegenden Teil nicht in Wien, Besuche der Angehörigen im Heim sind daher selten. Umso wichtiger sind für Frau A. die täglichen Telefonate mit dem Sohn und dem Enkelsohn. Frau A. hat weiters Kontakt zu ein paar ehemaligen Schulkolleginnen und einer Bekannten aus dem Haus, in dem Frau A. früher gewohnt hat.

Frau B.

Frau B. lebt mit ihren 93 Jahren seit etwas mehr als drei Jahren im Pflegeheim. Vor der Übersiedlung wurde sie zehn Jahre lang zuhause von ihren beiden Söhnen gepflegt. Erst die Errichtung eines Pflegeheims in direkter Nachbarschaft zum Wohnort der Frau und des jüngeren Sohnes gab den Anlass für eine Übersiedlung. Die Söhne holten Informationen zu der Einrichtung ein, besprachen mit Frau B. die Notwendigkeit einer Übersiedlung und die Vorteile des Heimlebens und schlugen ihr aufgrund ihres anfänglichen Widerwillens gegen eine Übersiedlung vor, drei Monate Probe zu wohnen. Frau B. entschied sich nach der Zeit des Probewohnens für eine fixe Aufnahme in dem Pflegeheim. Von ihrem jüngeren Sohn und der Schwiegertochter wird Frau B. täglich besucht, der ältere Sohn, der am anderen Ende der Stadt wohnt, kommt mit seiner Frau jedes Wochenende zu Besuch. Zu den Enkeln und den sechs Urenkeln besteht weniger häufiger Kontakt: Besuche von den Enkeln und Urenkeln werden vor allem zu den Feiertagen wie Weihnachten und Ostern und zu Geburtstagen getätigt. Die übrige Verwandtschaft von Frau B. ist bereits vor längerer Zeit verstorben: Der Ehemann von Frau B. verstarb vor 24 Jahren, die sieben Geschwister auch in jüngeren Jahren.

Frau C.

Der 91-jährigen Frau C. bereitete die Umstellung auf das Leben in einem Pflegeheim große Schwierigkeiten. Die Entscheidung für eine Übersiedlung traf sie vor knapp einem Jahr selbst aufgrund der Erkenntnis, dass sie nach dem Tod ihres Mannes nicht länger alleine ohne Hilfe leben konnte. Zu ihrer Familie gehören für Frau C. ihr Sohn, dessen Kinder und Enkelkinder und die Kinder der verstorbenen Tochter, die aufgrund des frühen Todes ihrer Mutter von Frau C. aufgezogen wurden und dadurch eine besonders enge Beziehung zu ihr haben. Neben den Kindern der Tochter von Frau C. kommt auch der Sohn häufig und regelmäßig auf Besuch, die Nachkommen des Sohns unternehmen sehr selten Besuche bei Frau C. Weiters hält Frau C. Kontakt

zu zwei Nichten, mit denen sie häufig telefoniert. Insgesamt wünscht sich Frau C. mehr Besuche bzw. mehr Kontakt zu ihrer Verwandtschaft.

Frau D.

Frau D. kam direkt nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Zusammenbruchs nach dem Tod ihres zweiten Mannes ins Haus der Barmherzigkeit und lebt nun seit etwa drei Jahren auf der Station. Mit ihrer Zimmerkollegin teilt sie das Zimmer seit ihrem Einzug, es hat sich daraus ein fürsorgliches Verhältnis zueinander entwickelt. Frau D.s einzige lebende Angehörige ist ihre Tochter, die mehrmals pro Woche zu Besuch kommt. Gesundheitliche Probleme der Tochter beeinflussen die Häufigkeit und Frequenz der Besuche. Frau D.s Tochter kündigt ihre Besuche vorher an, Frau D. trägt diese sodann in ihren Kalender ein. Gemeinsam spielen die beiden Frauen Karten im Café oder unterhalten sich über das körperliche Befinden beider.

Frau E.

Die 69-jährige Frau E. übersiedelte vor knapp vier Jahren nach einem längeren Krankenhausaufenthalt in das Pflegekrankenhaus Haus der Barmherzigkeit. Die Suche nach einem geeigneten Wohnplatz für Frau E. übernahm eine der beiden Töchter in Zusammenarbeit mit der Oberschwester der Station des Krankenhauses, in dem Frau E. gepflegt wurde. Die Töchter wollten einen Platz wählen, der sich in unmittelbarer Nähe zu ihrem Wohnort am Rande von Wien befindet, Frau E. entschied sich allerdings dagegen und wählte einen Heimplatz in der Nähe des Spitals, in welches sie dreimal wöchentlich zur Dialyse fährt. Besuch bekommt Frau E. wöchentlich von ihren zwei Töchtern und alle zwei bis drei Monate von einer Cousine, die gemeinsam mit ihrem Mann kommt. Zu ihrem Mann, von dem sie seit vielen Jahren geschieden ist, und zu der Familie ihres Mannes hat Frau E. keinen Kontakt. Beide Töchter von Frau E. sind verheiratet und haben jeweils zwei Söhne im Alter von 5 bis 13 Jahren. Zu ihren Töchtern und den Enkelsöhnen hält Frau E. durch beidseitige Besuche und Telefonate einen innigen Kontakt.

Frau E. lebt in einem Zweibettzimmer: Mit ihrer Zimmerkollegin, die bereits länger im Haus der Barmherzigkeit wohnt, versteht sie sich gut.

Frau F.

Frau F. lebt laut eigener Angabe schon sehr lange im Pflegeheim des Hauses der Barmherzigkeit, in dem ihre Tochter einen Platz für sie organisiert hat. Die Tochter der 84-Jährigen ist die einzige lebende Verwandte, zu der sie Kontakt hält. Zu einer Tante und einer Cousine sowie zum Ehemann der Tochter hat Frau F. keinen Kontakt. Ihr Ehemann verstarb vor 18 Jahren. Die Beziehung zur Tochter beschreibt Frau F. als sehr innig und vertraut. Mehrmals wöchentlich kommt die Tochter auf Besuch, Telefonate werden zwei Mal täglich geführt. Frau F. bekommt weiters Besuch von zwei Freundinnen, die auch mit der Tochter sehr vertraut sind und die für Frau F. zu ihrer Familie dazugehören.

Frau G.

Den Grund für Frau G.s Übersiedlung ins Pflegeheim stellt ein Schlaganfall dar, durch welchen sie einen Teil ihrer Sehkraft verloren hat. Infolge der Beeinträchtigungen im Alltag durch das eingeschränkte Sehvermögen empfand sich Frau G. zunehmend als Belastung und willigte daher in den Vorschlag ihrer Familie, in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe zu übersiedeln, ein. Frau G. ist 87 Jahre alt, ihr 92-jähriger Mann lebt bei einer der beiden gemeinsamen Töchter. Zu ihren Töchtern und ihrem Mann hat Frau G. guten Kontakt, sie bekommt regelmäßig Besuch von beiden Töchtern und ihrem Mann. Vor allem in der warmen Jahreszeit verbringt Frau G. gemeinsam mit ihrem Mann gerne ein paar Tage Urlaub bei einer ihrer Töchter, die außerhalb Wiens wohnt.

3.3 Die Ergebnisse

Obwohl die Interviewerin in den Gesprächen mit den Bewohnerinnen des Pflegeheims das subjektive Erleben familiärer Kontakte in den Mittelpunkt gestellt hatte, berichteten die Bewohnerinnen in gleicher Weise von ihren übrigen Kontakten im Alters- bzw. Pflegeheim. Neben Kontakten zu Familienangehörigen schilderten die Bewohnerinnen ihre Kontakte zu FreundInnen und MitbewohnerInnen, aber auch zu Angestellten des Heims (Pflegerinnen und Ärzte). In den Gesprächen kommen die Bewohnerinnen auch auf das Thema „Alleine Sein“ im Altersheim zu sprechen. Dabei spielen für die Befragten sowohl die empfundene Einsamkeit, als auch ihre durch Bescheidenheit bzw. Genügsamkeit geprägte Haltung und die stille Klage über

ihre Lebens- und Sozialsituation eine bedeutende Rolle. Ausgehend von der Diversität an Kontakten und dem eng mit dem Thema „In Kontakt sein“ verbundenen Thema „Alleine sein“ lassen sich folgende zwei Hauptkategorien ableiten, welche sich weiter in Subkategorien untergliedern :

1. In Kontakt sein

- a. Kontakt zur Familie
- b. Kontakt zu FreundInnen
- c. Kontakt zu MitbewohnerInnen
- d. Kontakt zum Heimpersonal

2. Alleine sein

- a. Einsamkeit – „irgendwie ein bisschen einsam“
- b. Stille Klage – „darf mich nicht beklagen“
- c. Bescheidenheit/Genügsamkeit – „ich brauch’ ja nichts“

Die beiden Hauptkategorien mit ihren drei bzw. vier Subkategorien, die zum Teil in wechselseitiger Abhängigkeit stehen, zum Teil gleichwertig nebeneinander existieren, lassen sich graphisch darstellen:

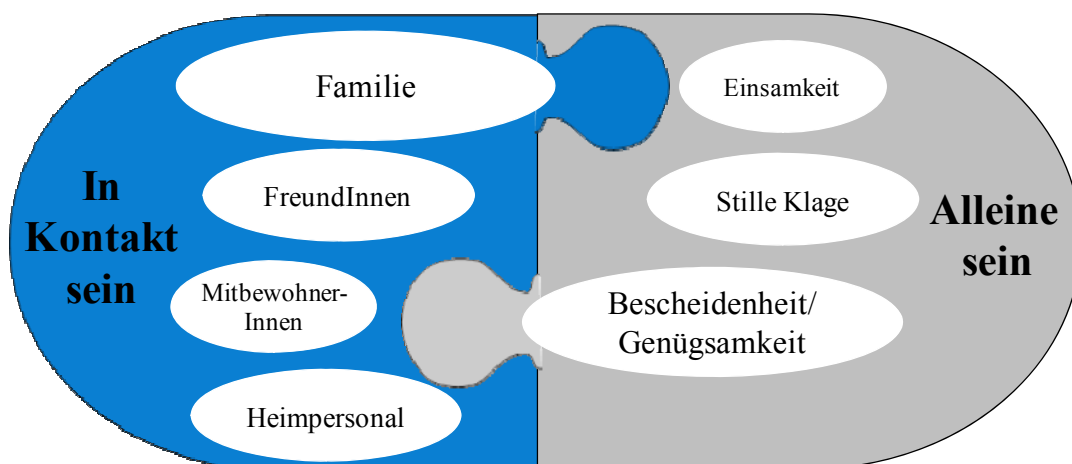


Abb. 7: Kategorien „In Kontakt sein“ und „Alleine sein“ mit Themenfeldern; eigene Darstellung

Die beiden Kategorien „In Kontakt sein“ und „Alleine sein“ können als Puzzleteile gesehen werden, da die einzelnen Teile zwar voneinander abgetrennt betrachtet

werden können, aber erst bei der Betrachtung beider zusammengehöriger Teile das Gesamtbild vor Augen entsteht. Weiters lässt sich in Abb. 7 aus der Größe bzw. Ausdehnung der Themenfeld-Blasen die Bedeutung der einzelnen Themenfelder für die BewohnerInnen ablesen: Wichtige, in den Interviews besonders hervorgehobene Themen sind in größeren Blasen mit größerer Schriftgröße zu lesen (z.B. „Familie“ und „Bescheidenheit/Genügsamkeit“) als weniger bedeutsame oder zurückhaltender geäußerte Themen (z.B. „MitbewohnerInnen“ und „Einsamkeit“).

Die einzelnen Kategorien werden im Folgenden näher dargestellt und mit Ausschnitten aus den Interviews verdeutlicht. Zitate aus den Interviews werden kursiv gedruckt dargestellt, die Angaben in Klammern am Ende jedes Zitats bezeichnen die Nummer des Interviews und die Textzeile(n).

3.3.1 In Kontakt sein

Die Kategorie „In Kontakt sein“ beinhaltet alle Kontakte, welche die Bewohnerinnen im Pflegeheim pflegen und von denen sie in den Interviews berichteten. Von der Interviewerin wurden hauptsächlich Fragen zum Kontakt mit den Familien der Bewohnerinnen gestellt, Angaben zu den anderen Kontaktgruppen teilten die Befragten meist ohne explizites Nachfragen von Seiten der Interviewerin mit. Im Folgenden werden die einzelnen Kontakte der Bewohnerinnen – in Kontaktgruppen zusammengefasst – dargestellt, wobei einzelne dieser Kapitel noch weiter untergliedert sind: Kontakte zur Familie, Kontakte zu FreundInnen, Kontakte zu MitbewohnerInnen und Kontakte zum Heimpersonal.

3.3.1.1 Kontakt zur Familie

Wie auch in Abb. 7 ersichtlich, ist der Kontakt zur Familie für die Bewohnerinnen von besonderer Bedeutung. Die Bewohnerinnen berichten gerne und viel von ihren Kontakten zur Familie. Die aus diesem Grund sehr umfangreiche Kategorie „Kontakt zur Familie“ wird – zur besseren Übersicht – weiter in Subkategorien untergliedert: Neben „Zugehörigkeit zur Familie“ und „Bedeutung von Familie“ werden sowohl sehr häufiger Kontakt („eine Verbindung ununterbrochen da“), eher seltener bzw. ambivalent erlebter Kontakt („nur alleweil Sonntag“), als auch sehr seltener Kontakt

(„die machen sich sehr rar“) zwischen den Bewohnerinnen und ihren Familien bearbeitet.

a) Zugehörigkeit zur Familie

Die Unterkategorie „Zugehörigkeit zur Familie“ umfasst Äußerungen der Bewohnerinnen zu der Frage: „Wer gehört zu Ihrer Familie?“ Dabei soll herausgearbeitet werden, welches Verständnis die Frauen jeweils von dem Begriff „Familie“ haben und wen sie selbst als ihrer eigenen Familie zugehörig betrachten.

Auf die Frage, wen die Frauen zu ihrer Familie dazuzählen, nennen die meisten Frauen sofort ihre Kinder, viele auch weiter ihre Enkel- bzw. Urenkelkinder. Etwaige weiter entfernte Verwandte werden erst im Laufe des Interviews genannt. Die Frauen drücken dadurch die Reihenfolge aus, in welcher ihnen die Angehörigen nahe stehen:

„Ja, meine Familie ... ich hab’ zwei Töchter, die haben jeweils zwei Buben.“ (Int. 5, Z. 2)
und
„Oja, eine Cousine hab’ ich noch, die kommt mich auch so alle zwei, drei Monate besuchen mit ihrem Mann.“ (Int. 5, Z. 13-14)

Auffällig ist, dass auf die Frage, wen es in der Familie gibt, zwei der Frauen mit einer Aufzählung der bereits verstorbenen Angehörigen beginnen und ihre lebenden Angehörigen (Kinder, Enkelkinder) erst danach nennen:

„Also, wie soll ich sagen, Angehörige: Eltern tot, schon lange. Und dann ... mein Mann tot. Freunde tot, ich bin ja schon, jetzt war ich 91. [...] Und ... wissen Sie, ich freu’ mich schon, wenn die Enkelkinder kommen!“ (Int. 3, Z. 5-7)

Die betreffende Frau berichtet nach der Aufzählung ihrer bereits verstorbenen Angehörigen und Freunde gleich von der (Vor)Freude auf den Besuch ihrer Enkelkinder, mit welchen sie in regelmäßigem Kontakt steht.

Eine der Bewohnerinnen fasst den Familienbegriff weiter auf und zählt auch ihre beiden Freundinnen zur Familie. Das begründet sie damit, dass die beiden Freundinnen mit der Tochter der Bewohnerin sehr vertraut sind, oft gemeinsam auf Besuch kommen und miteinander Geburtstage feiern. Die in die „biologische Familie“ derart integrierten Freundinnen sind für die Bewohnerin Teil des Familiensystems. Die Verbindung zwischen Verwandten und Freundinnen stellt die Sorge um die Bewohnerin her:

„Meine Freundinnen zu meiner Familie ... Ich würde sagen, ja. Sie sind ja auch sehr gut mit meiner Tochter, kommen auch zum Geburtstag, meine Tochter ruft sie auch an, wenn sie nicht da waren, nicht? [...] Alle interessieren sich halt, wie's mir geht.“ (Int. 6, Z. 323-326)

Bei den Antworten der Frauen auf die Frage nach ihren Familienangehörigen ist auffällig, dass die Bewohnerinnen zur Einleitung eine Abschwächung ihrer Aussagen bringen. So verwendet knapp die Hälfte der Frauen mit der Antwort „Ich hab' nur ...“ eine Phrase der Relativierung:

„Naja, ich hab' nur zwei Söhne.“ (Int. 2, Z. 3)

„Ich hab' nur meine Tochter.“ (Int. 6, Z. 4)

„Dazu gehören tut eigentlich nur der Sohn, Enkel und Urenkel, sonst hab ich niemanden mehr.“ (Int. 1, Z. 3-4)

Im Laufe der Gespräche stellt sich jedoch in allen dieser drei zitierten Fällen heraus, dass das soziale Netz bzw. die Familie größer ist als es eingangs von den Frauen geschildert wird. So werden beispielsweise die PartnerInnen der Kinder, zu denen in fast allen Fällen ein als sehr gut beschriebener Kontakt besteht, auf die Einstiegsfrage „Wer gehört zu Ihrer Familie?“ von keiner einzigen Bewohnerin genannt. Erst im weiteren Verlauf des Interviews berichten die Frauen von ihren Schwiegeröchtern oder -söhnen und ihrem Verhältnis zueinander:

„Und über die Schwiegeröchtern darf ich mich auch nicht beklagen. Sind auch sehr nett. [...] Ich hab' noch nie einen Streit gehabt, noch nie. Noch

nie was gehabt mit ihnen. ... Sie kommen und ‚Griß di, Mutti!‘ und sind sehr nett.“ (Int. 2, Z. 86-91)

Für die Bewohnerinnen lässt sich folglich ein Familienbegriff beschreiben, der sowohl Verwandte, Angeheiratete als auch Freunde und Freundinnen umfasst, sofern zu diesen ein positiv erlebter Kontakt besteht. Auch bereits verstorbene Angehörige werden von einigen Bewohnerinnen als Teil der Familie empfunden.

b) Bedeutung von Familie

Die Unterkategorie „Bedeutung von Familie“ umfasst sowohl die für die Bewohnerinnen subjektive Bedeutung und Wertigkeit von Familie, als auch ihre Vorstellung davon, welche Funktionen sie für die einzelnen Mitglieder erfüllen soll.

Angesprochen auf ihre Familien sind die meisten befragten Frauen sofort bereit, von ihren Kindern und Enkelkindern zu erzählen. Zunächst geben die Frauen Auskunft zu Anzahl der Kinder und Enkelkinder, zu Alter und Wohnort. Sehr bald erzählen die Frauen auch persönlicheres über ihre (Enkel-)Kinder und die Beziehung zu ihren (Enkel-)Kindern. In vielen Fällen berichten die Frauen auch von sich aus, was ihnen die Beziehung zu ihren Kindern bedeutet. Die Kinder nehmen im Leben der Frauen einen entscheidenden, hohen Stellenwert ein. Eine Frau, die neben einem Kind und Enkelkindern auch einige Urenkel hat, beschreibt die Bedeutung ihrer Familienangehörigen für sie folgendermaßen:

„Also, das sind so die Grundpfeiler für mich [...] im Leben.“ (Int. 1, Z. 8-9)

Die Wahl des Wortes „Grundpfeiler“ als Beschreibung für die Bedeutung der Familie lässt auf die hohe Wichtigkeit der Familienangehörigen für die Bewohnerin schließen. Als etwas Stützendes, Tragendes bilden Grundpfeiler das Fundament, auf dem etwas Stabiles entstehen und gedeihen kann, das nicht leicht erschüttert werden kann. Ihre Beziehung zu ihrem Sohn beschreibt die Bewohnerin folgendermaßen:

„Das Schöne ... das ist garantiert das Verhältnis Mutter und Sohn, wie soll ich das sagen? [...] Es ist nicht so wie eine Respektsperson, das nicht. Wir sind wie Kameraden.“ (Int. 1, Z. 262-265)

Das Kameradschaftliche in der Beziehung zum Sohn ist es, was die Bewohnerin als besonders schön und positiv erlebt. Dabei wird zwischen den Generationen ein freundschaftlicher Umgang gepflegt, der auf gegenseitiger Wertschätzung und Respekt füreinander beruht. Eine andere Bewohnerin beschreibt die Beziehung zu ihrer Tochter ähnlich, indem sie sagt:

„Wir können über alles reden.“ (Int. 5, Z. 101)

Dieses Über-alles-reden-Können setzt voraus, dass sich beide Gesprächspartner auf einer Ebene begegnen, und dass in der Beziehung Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen vorherrschen. Eine Bewohnerin spricht in diesem Zusammenhang von einem reifen, erwachsenen Umgang miteinander, indem sie schildert, wie sie und ihre Tochter mit Meinungsverschiedenheiten und anderen Differenzen umgehen:

„Also ich kann nur sagen: bestens. Da ist Gott sei Dank alles in Ordnung. Wenn irgendwas wär', so würde sie's mir sagen und ich's ihr sagen. Wir sind ja nicht kleine Kinder, nicht?“ (Int. 4, Z. 201-203)

Neben dieser Gewissheit, offen über alles reden zu können, ist den Bewohnerinnen auch die gegenseitige (Für)Sorge ausgesprochen wichtig. Das Da-Sein der Kinder für ihre Mütter wird als essentiell beschrieben. Bei Besuchen der Kinder zählen weniger die gemeinsamen Aktivitäten oder die Inhalte der Gespräche als vielmehr die zusammen verbrachte Zeit und das Gefühl der Zugehörigkeit/Gemeinsamkeit:

„Dass man halt persönlich miteinander ... Teilnehmen am Leben des Anderen, das ist das Wichtigste.“ (Int. 1, Z. 268-269)

Doch nicht nur die (An-)Teilnahme am Leben des Anderen, sondern auch das aktive Sich-Kümmern um den Anderen wird von einigen Bewohnerinnen auf die Frage, was den Kontakt zu ihren Familienangehörigen ausmacht, angesprochen. Dabei wird

die Bereitschaft der Kinder, sich um die Bewohnerin zu kümmern, oft als Kriterium für eine „gute Beziehung“ angesehen:

„Einmalig ist, dass sie sich so kümmert um mich.“ (Int. 6, Z. 233)

„Wir sind immer in Kontakt. ‚Mutti, was brauchst? Was willst?‘ und so halt.“ (Int. 4, Z. 14)

„Sie sorgt sich ... sie ruft täglich an.“ (Int. 6, Z. 30)

Das Spektrum, in welchem sich „sich kümmern“ bewegt, reicht für die Bewohnerinnen von Telefonaten, über Besuche, bis hin zum Backen und Mitbringen von Mehlspeisen in das Pflegeheim. Auch das Abholen der Bewohnerinnen aus dem Heim und gemeinsam verbrachte Stunden/Tage in der Heimat/der Wohngegend der alten Frauen bzw. der Kinder zählen für die Bewohnerinnen zur (Für)Sorge der Kinder.

Die Fürsorge ihrer Tochter hat für eine Bewohnerin auch mit dem engen, vertrauten Verhältnis zwischen ihnen beiden zu tun:

„Wenn’s mir nach der Dialyse schlecht geht, und sie ruft mich an, sagt’s: ‚Oje, geht’s dir schon wieder schlecht?‘ Die hört das gleich an meinem Reden!“ (Int. 5, Z. 201-202)

Die Sorge der erwachsenen Kinder weckt bei den Bewohnerinnen Gefühle von Geborgenheit und Sicherheit, aber auch Gefühle von Dankbarkeit. Die Kinder, die zu Besuch kommen und ihre Mütter in unterschiedlichster Weise unterstützen, werden als „gut“ und „brav“ bezeichnet [vgl. c) „eine Verbindung ununterbrochen da“]:

„Erst einmal, ich hab ja sonst niemanden, nicht? Aber trotzdem, sie gibt mir sehr viel. Eben weil sie so gut ist, nicht?“ (Int. 6, Z. 239-240)

„Nein, ich hätte mir niemand besseren wünschen können als meine Tochter. Sie ist sehr ... Da lebt man dann auch ganz anders, man verkraftet das auch, das Alleinsein.“ (Int. 6, Z.105-107)

Die (Für-)Sorge der Kinder wird von den Bewohnerinnen jedoch nicht immer ausschließlich positiv erlebt: Eine der Befragten gibt an, dass ihr die Fürsorge ihrer Kinder manchmal zuviel ist:

„Die Ältere (Tochter, Anm.) ist furchtbar, eigentlich. Die Jüngere ist auch recht gut, aber die Ältere ist noch mehr: ‚Brauchst was?’ und immer. Da würd’ ich alles kriegen.“ (Int. 7, Z. 122-124)

„Ich sag’ eh oft: ‚Nein, das ist genug!’ Aus. Ich will das gar nicht. Sie wissen’s ja.“ (Int. 7, Z. 158-159)

Das erlebte Zuviel an Fürsorge schmälert für die Bewohnerin jedoch den hohen Stellenwert der Familie in keinster Weise. Wie auch für andere befragte Bewohnerinnen ist für sie die Familie von großer Bedeutung: eine Einstellung, die sie – wie sie selbst sagt – aus der Erziehung durch ihre Eltern und dem Leben am Land gewonnen hat.

In den Erzählungen der Frauen über ihre Familien und Angehörigen ist sehr oft ein Gefühl von Stolz auf die eigene Familie zu spüren. Die Frauen berichten gerne von ihren Kindern, Enkelkindern und Urenkeln und erzählen zum Teil auch Anekdoten, um ihre Schilderung anschaulicher zu gestalten. Diese Erzählungen werden oftmals nonverbal unterstützt, indem die Frauen dazu lächeln oder mit dem Kopf nicken. Eine Bewohnerin bezeichnet ihre Familie mehrmals ausdrücklich als *„gute Familie“* (Int. 2, z.B. Z. 107) und meint, dass man auf so eine Familie stolz sein könne, da man einen so großen Zusammenhalt wie in ihrer Familie *„eigentlich sehr selten findet“* (Int. 2, Z. 109). Der Vergleich mit der (vermuteten) familiären Situation anderer Familien dient ihr dazu, das Besondere in ihrer Familienbeziehung hervorzuheben.

c) „eine Verbindung ununterbrochen da“ – häufiger familiärer Kontakt

In den Interviews erzählen die Frauen sehr gerne von den Besuchen durch ihre Angehörigen und schildern von sich aus sowohl Anzahl und Dauer der Besuche als auch gemeinsame Aktivitäten mit den Angehörigen, ohne dass von Seiten der Interviewerin explizit danach gefragt worden ist. Das unaufgeforderte und

bereitwillige Erzählen der Bewohnerinnen von den Besuchen und den Telefonaten von/mit ihren Angehörigen deutet auf die hohe Bedeutung der Familie und der Kontakte zu ihr, sowie auf ein Gefühl des Stolzes hin, eine derart „gute“ Beziehung zu seinen Angehörigen zu haben.

Wie oft sie mit ihren Angehörigen in Kontakt in Form von (zum Teil auch wechselseitigen) Besuchen ist, beschreibt eine Bewohnerin folgendermaßen:

„Also, ich hab’ eine Tochter, die sehr brav ist, die in der Woche etliche Mal zu mir kommt. Und immer anruft, und wir sind immer in Kontakt.“ (Int. 4, Z. 12-14)

„Ich hab das genau aufgeschrieben: S. kommt, S. kommt nicht, S. kommt!“ (Int. 4, Z. 25-26)

Für die Bewohnerin ist es sehr wichtig zu wissen, an welchen Tagen ihre Tochter kommt und an welchen Tagen sie keinen Besuch bekommt (die Tochter ist die einzige externe Person, zu der die Bewohnerin Kontakt hat). Die Tage, für die Besuche der Tochter vereinbart sind, kennzeichnet die Bewohnerin in ihrem Kalender, der auf dem Nachttisch steht und außer den Besuchstagen der Tochter keine weiteren Eintragungen enthält. Die Bewohnerin kann sich durch diesen Vermerk im Kalender auf den jeweiligen Tag einstellen und sich gegebenenfalls auf den Besuch, sonst auf ein Telefonat mit der Tochter freuen. Die Beschreibung der Besuchsfrequenz mit „etliche Mal“ pro Woche lässt darauf schließen, dass die Anzahl der Besuche durch die Tochter von der Bewohnerin als ausreichend erlebt wird, da bei den Worten „etliche Mal“ – im Gegensatz zum neutraleren „einige Male“ oder „ein paar Mal“ – etwas von „es genügt so“ mitschwingt. Weiters fällt auf, dass die Bewohnerin beinahe im selben Atemzug, in dem sie ihre Tochter als „brav“ bezeichnet, auch von den Besuchen ihrer Tochter berichtet: „Brav“ zu sein bedeutet für sie offensichtlich, dass ihre Tochter den regelmäßigen Kontakt zu ihr sucht.

In obigem Zitat zeigt sich die Betonung auf dem Wort „immer“, welches in Bezug auf die Häufigkeit und Enge des Kontakts gleich zwei Mal nacheinander verwendet

wird. Dass die Tochter „immer anruft“, meint in diesem Fall tägliche Telefonate; „immer in Kontakt“ zu sein, meint neben dem täglichen Austausch durch die Telefonate auch die mehrmals pro Woche stattfindenden Besuche durch die Tochter im Pflegeheim.

Eine andere Bewohnerin verwendet den Begriff „immer“ ebenso: In ihrem Fall meint „immer“ jedoch keinen täglichen Kontakt. Während sie zunächst beschreibt:

„Nach dem Geschäft kommt sie [Anm.: die Tochter] immer.“ (Int. 7, Z. 117),

sagt sie im Laufe des Gesprächs, dass ihre Tochter „*mindestens zwei Mal*“ (Int. 7, Z. 148) pro Woche auf Besuch kommt. Der Begriff „immer“ stellt für sie folglich weniger den tatsächlichen täglichen Kontakt als vielmehr die Beständigkeit der familiären Beziehung dar.

Trotz – oder gerade aufgrund – der seltenen Besuche durch ihre Angehörigen betont eine Bewohnerin, dass der Kontakt innerhalb der Familie sehr stark sei:

„Also es ist eine Verbindung ununterbrochen da. Nur das Persönliche nicht, aber das ist gar nicht so tragisch.“ (Int. 1, Z. 103-104)

Die Bewohnerin nimmt in ihrer Aussage Bezug auf die Telefonate mit ihren Angehörigen, welche sie mehrmals täglich führt. Die Anrufe der Angehörigen finden jeweils zu genau definierten Tages- bzw. Uhrzeiten statt, sie werden daher von der Bewohnerin fix in ihren Tagesablauf eingeplant. Diese täglich wiederkehrenden Rituale (09:15 Uhr: Anruf des Sohns, abends: Anruf des Enkels) sind für die Frau von hoher Bedeutung. Durch den häufigen telefonischen Kontakt erlebt sie eine familiäre Verbindung, die „ununterbrochen“, also ohne Abbruch in der Beziehung, besteht. Für die Bewohnerin haben Telefonate mit der Familie folglich einen sehr hohen Stellenwert, da sie eine kontinuierliche Verbindung zwischen den einzelnen Familienmitgliedern möglich machen.

Auch für andere Bewohnerinnen des Pflegeheims erfüllen Telefonate mit den Angehörigen ähnliche Funktionen: Eine Bewohnerin, deren Tochter außerhalb der Stadt wohnt, hat via Telefon zwei Mal pro Tag Kontakt mit ihrer Tochter. Auch in diesem Fall dienen die Telefonate dazu, in Verbindung zu bleiben, wenn persönliche Besuche nicht oder nur selten möglich sind.

Für eine andere Bewohnerin und ihre Angehörigen steht in der Befürwortung des Kontakts via Telefon ein anderer Aspekt im Vordergrund: Die Sorge um den Gesundheitszustand der Mutter und eine mögliche gesundheitliche Verschlechterung war für die Tochter der Beweggrund, auf ein Telefon im Zimmer der Bewohnerin zu bestehen:

„Die [Anm.: die Tochter] hat gesagt: ‚Du musst ein Telefon haben, weil wenn dir was ist ...!‘“ (Int. 4, Z. 48)

Telefonate mit den Angehörigen stellen für die meisten der befragten Bewohnerinnen eine gute Möglichkeit dar, mit ihren Familien in engem Kontakt zu sein und zu bleiben, selbst wenn Besuche lediglich selten stattfinden (können). Wie bereits dargestellt, helfen die regelmäßigen Telefonate den Bewohnerinnen, den Tagesablauf zu strukturieren, sie bieten ihnen die Möglichkeit, über Alltägliches zu plaudern und am Leben ihrer Angehörigen teilzuhaben.

Bekommen die Bewohnerinnen Besuch von ihren Angehörigen, so wird die gemeinsame Zeit zumeist im Zimmer der Bewohnerin oder im internen Caféhaus verbracht. Wie diese Zeit miteinander genützt wird, d.h. welche Aktivitäten gemeinsam durchgeführt werden, fällt den Frauen oft schwer zu beschreiben – möglicherweise aus dem Grund, da sie ihre gemeinsamen Tätigkeiten als „nichts Außergewöhnliches“ bewerten. Eine Bewohnerin berichtet beispielsweise von ihren Gesprächen mit ihrem Sohn:

„Da erzählt er mir allerhand. [...] Von dem und von dem, und wenn irgendwas passiert ist und so. Plaudert er halt.“ (Int. 2, Z. 32-34)

Das Plaudern über Alltägliches scheint für die Bewohnerinnen besonders bedeutend zu sein. Die Angehörigen erkundigen sich nach dem Befinden der Bewohnerinnen und erzählen dann von ihrer Arbeit, vom Garten oder den Nachbarn. Für die Bewohnerinnen sind diese Gespräche sehr wichtig, sie geben ihnen die Möglichkeit, an ihr „altes“ Leben zuhause anzuknüpfen und gemeinsame Erinnerungen wieder aufleben zu lassen:

„Ich sag’ schon in der Früh: ‚Ach geh, mein Schatz, heut geht’s wieder gar nicht, da zwickt’s, dort zwickt’s, aber kann man nichts machen‘. Sagt er [Anm.: der Sohn] drauf: ‚Wie hast geschlafen? Was hast für eine Behandlung?’ Und dann ergibt sich’s, und dann erzählt er mir, dass er einkaufen geht oder dass er im Garten was macht, so kleine, tägliche ... und mit dem bin ich zufrieden, das hör’ ich, mehr brauch’ ich nicht.“ (Int. 1, Z. 172-176)

Neben Gesprächen mit den Angehörigen spielen auch gemeinsame Spaziergänge durch das großzügig angelegte Pflegeheim, auf die Terrasse oder in den nahe gelegenen Park eine wichtige Rolle für die Bewohnerinnen. Das Erleben der Jahreszeiten und der Natur steht dabei genauso im Vordergrund wie die gemeinsam mit den Angehörigen verbrachte Zeit.

Zwei der Frauen besuchen ihre Angehörigen auch selbst: Mit dem Fahrtendienst oder dem Privat-PKW der Tochter werden sie zu ihren Familien gefahren und verbringen bei ihnen einige Stunden bis einige Tage. Sie genießen dabei einerseits das Erleben des Familienverbandes, andererseits den Aufenthalt in der Natur und an erinnerungsreichen Orten. Besuche bei den (Enkel-)Kindern werden von den beiden Frauen mit dem Begriff „heimfahren“ assoziiert. Eine Bewohnerin schildert:

„Und ich kann auch ein paar Tage heimfahren, wenn’s ist. Hab’ ich ein paar Tage Urlaub.“ (Int. 7, Z. 77-78)

Aus der Verbindung der Worte „heimfahren“ und „Urlaub“ lässt sich die stark positive Besetzung der Familie und der Besuche dieser ableiten. Für die Bewohnerin sind die Besuche bei ihrer Familie vor allem aus zwei Gründen wichtig: Zum einen

stellen sie für sie die Möglichkeit dar, gemeinsame Zeit mit ihrem Mann zu verbringen, zum anderen bemerkt sie die Freude, welche diese Besuche ihrer Tochter bereiten.

Die andere Bewohnerin, die Besuche bei ihren Angehörigen tätigt, hebt bei den Beschreibungen dieser Besuche vor allem die Teilnahme am Alltag ihrer Angehörigen heraus: So ist es für sie besonders wichtig, gemeinsam mit der Tochter einkaufen zu gehen oder das Enkelkind vom Kindergarten abzuholen. Es sind also die gemeinsam mit der Tochter verrichteten Alltagsaktivitäten, die der Bewohnerin Spaß und Freude machen. Diese Aktivitäten stellen für die Frau möglicherweise auch eine Verbindung zu ihrer eigenen Vergangenheit her, in der sie selbst für die Versorgung ihrer Familie zuständig war.

Ebenfalls von hoher Bedeutung für die beiden Frauen, die ihre Angehörigen besuchen fahren, sind die gemeinsam mit ihren Familien gefeierten Feste. So haben etwa Weihnachtsfeiern oder Geburtstagsfeste der Enkelkinder einen sehr hohen Stellenwert. Es sind Ereignisse, auf welche sich die Bewohnerinnen freuen, und von denen sie gerne erzählen. Für die Frauen zählt bei diesen Festen besonders die intensiv verbrachte Zeit mit ihren Angehörigen.

Für die zwei Bewohnerinnen, die ihre Familien besuchen fahren, sind diese Besuche bei ihren Angehörigen Teil des normalen Alltags: Genauso wie vor dem Heimeintritt Besuche bei der Familie stattgefunden haben, werden die Angehörigen auch nach der Übersiedlung ins Pflegeheim von den Frauen besucht. Für die Frauen haben sich dabei lediglich die Rahmenbedingungen geändert:

„Früher sind sie halt zu mir in die Wohnung gekommen, und ich bin auch zu ihnen gefahren mit der U-Bahn, und jetzt kommen sie halt daher oder ich fahr’ mit dem Fahrtendienst zu ihnen.“ (Int. 5, Z. 44-46)

Das Leben im Pflegeheim stellt folglich für die beiden Bewohnerinnen kein Hindernis dar, ihre Familien zu besuchen. Für die Fahrten zu den Angehörigen, die früher mit öffentlichen Verkehrsmitteln angetreten worden sind, werden nun Freizeitfahrtendienste bestellt, welche die Bewohnerinnen von Tür zu Tür bringen.

d) eher seltener familiärer Kontakt und Ambivalenz: „nur alleweil Sonntag“

Kontakte zwischen den Bewohnerinnen und ihren Angehörigen, welche weniger häufig stattfinden, werden von den Bewohnerinnen als „selten“, „manchmal“ oder „hie und da“ stattfindend beschrieben. Dem Erleben dieser Kontakthäufigkeit widmet sich folgendes Kapitel. Dabei werden auch Ambivalenzen beschrieben, welche die Bewohnerinnen in Bezug auf die Anzahl der Kontakte und auf ihre (ungeäußerten bzw. unerfüllten) Wünsche diesbezüglich erleben.

Ob die Anzahl der Besuche durch Angehörige von den Bewohnerinnen als häufig oder selten erlebt wird, hängt von ihren subjektiven Vergleichsmaßstäben ab:

„Der eine, der Jüngere (Anm.: Sohn), der kommt alle Tage, um halb elf, da geht er mit mir ins Caféhaus. [...] Der ältere, der kommt nur alleweil Sonntag.“ (Int. 2, Z.23-24 und 38)

Die Frau im oben genannten Beispiel legt den Maßstab an den täglichen Besuchen ihres ersten Sohnes fest, die wöchentlichen Besuche ihres zweiten Sohnes finden für sie daher „nur alleweil Sonntag“ statt. „Alleweil“ meint soviel wie „alle Weile“ oder „immer“ und könnte daher genauso gut einen sehr häufigen Kontakt kennzeichnen. Für die Bewohnerin finden die wöchentlichen Besuche ihres älteren Sohnes dennoch wesentlich seltener statt als die täglichen Besuche des jüngeren Sohnes, sie drückt dies durch die Einschränkung „nur“ aus. Anders können regelmäßige, jede Woche stattfindende Besuche als ein sehr häufiger Kontakt erlebt werden, etwa wenn die räumliche Distanz zwischen Wohnort der (Enkel-)Kinder und dem Heim der Interviewten groß ist.

Eine Bewohnerin antwortet auf die Frage, wer sie denn besuchen kommt, sofort mit: „Niemand!“ (Int. 1, Z. 96) Nach genauerem Nachfragen stellt sich jedoch heraus, dass sie „hie und da“ (Int. 1, Z. 101) Besuch von ihrem Enkel und „so alle drei Wochen“ (Int. 1, Z. 109) Besuch von ihrem Sohn und der Schwiegertochter bekommt. Die Anzahl der Besuche ihrer Angehörigen ist für die Bewohnerin – angesichts der ersten Reaktion auf die Frage nach den Besuchen – scheinbar verschwindend gering.

Als Begründung für den seltenen persönlichen Kontakt nennt die Bewohnerin die große räumliche Distanz zwischen den Wohnorten ihrer Angehörigen und dem Pflegeheim. Darüber hinaus entschuldigt sie ihre Angehörigen für die seltenen Besuche bei ihr und bekräftigt, dass sie selbst diese Besuche aufgrund des Aufwands, der ihren Angehörigen dadurch entsteht, nicht möchte:

„Also die Enkelin hat drei Kinder, das Jüngste ist zwei Jahre, also die geht noch arbeiten, also davon würd’ ich nicht mal eine Stunde verlangen von ihr, dass sie da mit dem kleinen Kind und den zwei großen da reinfahrt!“
(Int. 1, Z. 98-100)

Dieses Beispiel veranschaulicht sehr deutlich eine oftmals zutage getretene ambivalente Haltung der Bewohnerinnen ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen gegenüber: Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden hinter die (oftmals auch vermuteten) Bedürfnisse anderer gereiht und werden in Folge häufig nicht befriedigt. Den Wünschen und Bedürfnissen anderer, v.a. von Angehörigen, aber auch von FreundInnen, ZimmernachbarInnen bzw. MitbewohnerInnen, wird eine höhere Beachtung geschenkt – die Bewohnerinnen nehmen dazu gerne eine „Ich brauch’ ja nichts“-Haltung ein. Bescheidenheit, Demut und Verzicht – Werte, die in der Erziehung der Frauen als tugendhaft angesehen wurden – lassen die Bewohnerinnen ihre eigenen Bedürfnisse vernachlässigen (vgl. 3.3.2.3).

Eine andere Bewohnerin beschreibt in diesem Zusammenhang ein „leises Schuldgefühl“, das sie bei den Besuchen durch ihre Enkelkinder empfindet:

„Sie kommen schon, aber ich hab immer so ein leises Schuldgefühl. [...] Ich soll das eigentlich nicht sagen, weil ich hab das Gefühl, sie kommen gern, aber dann denk’ ich mir wieder, ich nehm’ ihnen was vom Leben.“ (Int. 3, Z. 17-21)

In dieser Aussage der Bewohnerin spiegelt sich ihre zwiespältige Haltung zu sich selbst und zu den eigenen Wünschen sehr deutlich wider: Auch wenn sie sich über die Besuche der Enkelkinder freut [an einer Stelle des Gesprächs meint sie: *„Wissen Sie, ich freu’ mich schon, wenn die Enkelkinder kommen!“* (Int. 3, Z. 7)], kann sie

die Besuche durch ihre Enkelkinder nicht uneingeschränkt genießen, da sie ein leises Schuldgefühl empfindet. Sie sorgt sich darum, den Enkelkindern „was vom Leben“ zu nehmen – damit meint sie wohl zum einen die Zeit, welche die Enkelkinder für die Besuche aufwenden, zum anderen aber auch die Unbeschwertheit des Lebens, welche durch den Einblick in das Leben im Altersheim zumindest kurzfristig getrübt werden könnte. Die Balance zwischen der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse und der Erfüllung der (vermuteten) Bedürfnisse anderer muss von der Bewohnerin selbst hergestellt und gehalten werden. Ganz im Sinne einer „Ich brauch’ ja nichts“-Haltung tendiert die Bewohnerin jedoch dazu, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu ignorieren bzw. nicht zu kommunizieren und die Wünsche anderer über ihre eigenen zu reihen.

Ein weitere Ambivalenz wird in den nächsten beiden Aussagen deutlich: Eine Bewohnerin beschreibt zunächst ihren guten Kontakt zu ihrer Familie, der „ununterbrochen“ besteht. Dieser Kontakt besteht allerdings nicht persönlich über Besuche, sondern wird telefonisch aufrechterhalten.

„Also es ist eine Verbindung ununterbrochen da. Nur das Persönliche nicht, aber das ist gar nicht so tragisch, weil du weißt eh nicht jeden Tag ... ich erleb’ ja nichts.“ (Int. 1, Z. 103-105)

Dass persönliche Kontakte mit ihrer Familie eher selten stattfinden, beschreibt sie an dieser Stelle als für sie weniger bedeutsam, an anderer Stelle in dem Interview drückt die Bewohnerin jedoch ihre Sehnsucht nach Nähe und Kontakt folgendermaßen aus:

„Ich bin dann oft im Bett gesessen und (...) wie schön es ist, und wie schön, und ich bin versorgt und alles, aber dann hab ich mir gedacht, ich will jemanden haben, bei dem ich mich so anlehnen kann und so und das bedrückt mich unheimlich, dass ich jemanden hätte gern.“ (Int. 1, Z. 156-159)

Bewohnerinnen, die das Pflegeheim nicht für Besuche ihrer Angehörigen verlassen (können), sind in der Pflege ihrer persönlichen Kontakte abhängig davon, ob und wann ihre Angehörigen auf Besuch kommen. Eine Bewohnerin antwortet auf die

Frage, ob ihre Tochter an fixen Tagen in der Woche ins Pflegeheim kommt, ausweichend:

„Sie (Anm.: die Tochter) kommt schon, wenn's geht, Dienstag oder Freitag. Also, wenn sie selber was vorhat, sie hat zwar keine Kinder nicht, aber sie hat einen Mann, und ... und wenn sie da Zeit hat, kommt sie ... aber meistens bleibt's Dienstag oder Freitag. Außer es kommt ihr was dazwischen, oder sie wird krank oder was, aber sonst bleibt's immer.“ (Int. 6, Z. 25-28)

Auch wenn die Besuchstage zumeist wie geplant ablaufen, erweckt die Bewohnerin durch ihre Aussage den Eindruck, dass die Besuche durch ihre Tochter unregelmäßig erfolgen. Die Entscheidung für oder gegen Besuche bei den Bewohnerinnen bzw. die Terminplanung und die Entscheidung über die jeweilige Dauer der Besuche liegt sowohl in obigem Beispiel als auch in den meisten Fällen ausschließlich bei den Angehörigen – die Bewohnerinnen sind diesbezüglich von den Planungen ihrer Angehörigen abhängig. Aus dieser Abhängigkeit heraus kann es den Bewohnerinnen schwer fallen, ihre Wünsche nach häufigerem oder intensiverem Kontakt ihren Familien gegenüber zu äußern, da befürchtet werden kann, dass ein „Verlangen nach mehr“ die Bereitschaft der Angehörigen, ins Pflegeheim zu Besuch zu kommen, negativ beeinflussen würde.

e) „die machen sich sehr rar“ – sehr seltener familiärer Kontakt

Zu der Gruppe von Angehörigen, die den Kontakt zu den Bewohnerinnen nur sehr selten suchen, sind hauptsächlich weiter entfernte Verwandte zu zählen: Vor allem Enkelkinder, aber auch Urenkelkinder und Cousins/Cousinen bzw. Nichten und Neffen sind wesentlich seltener im Kontakt mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen im Heim als die direkten Nachkommen, die Kinder der Bewohnerinnen.

Eine Bewohnerin beschreibt die Häufigkeit der Besuche durch ihre Enkelkinder folgendermaßen:

„Die Kinder vom Sohn, die machen sich sehr rar.“ (Int. 3, Z. 9-10)

Die Bewohnerin hält zu den Kindern ihrer (verstorbenen) Tochter einen guten und häufigen Kontakt, zu den Kindern des Sohnes ist der Kontakt selten: Die Enkelkinder „machen sich sehr rar“. Die Aussage impliziert, dass die Ursache für diesen sehr seltenen Kontakt für die Bewohnerin bei den Enkelkindern zu finden ist – sie selbst würde sich mehr Kontakt wünschen. Weiters lässt die Aussage darauf schließen, dass die Bewohnerin spürt, keinen oder nur einen geringen Einfluss auf eine Steigerung der Anzahl der Besuche durch die Kinder des Sohns zu haben: Die Entscheidung, die Großmutter im Pflegeheim zu besuchen oder nicht, liegt bei den Enkelkindern.

In den Gesprächen führen die Bewohnerinnen von sich aus unterschiedliche Gründe für die sehr seltenen Besuche durch ihre Enkel- oder Urenkelkinder an. Ein Auflisten der externen Gründe, welche einen häufigeren Besuch verhindern (z.B. die Berufstätigkeit oder Ausbildung der Enkelkinder), ermöglicht es den Bewohnerinnen, die Enkelkinder ein Stück weit aus der Verantwortung zu nehmen, den regelmäßigen Kontakt zu ihren pflegebedürftigen Angehörigen zu wahren. Den Grund für die sehr seltenen Besuche in externen Gegebenheiten zu sehen, bietet den Bewohnerinnen die Möglichkeit, Entschuldigungen für die Enkelkinder und ihre raren Besuche zu finden, ohne auf der persönlichen bzw. zwischenmenschlichen Ebene Zurückweisungen vermuten zu müssen.

Folgende Antwort einer Bewohnerin auf die Frage, wie oft sie Besuch von den Urenkeln bekomme, verdeutlicht dies:

„Ja, zum Geburtstag, zum Namenstag und zu Weihnachten. Weil die gehen ja in die Schule, studieren alle. Viel lernen müssen sie. Es raucht ihnen der Kopf, sagen sie alleweil.“ (Int. 2, Z. 216-217)

Mit der Begründung für die sehr seltenen Besuche der Angehörigen, die ausschließlich an ausgewählten Fest- oder Feiertagen stattfinden, liefert die Bewohnerin gleichzeitig eine Entschuldigung für ihre Angehörigen. Sie demonstriert Verständnis für die Lebenssituation ihrer Urenkel und zeigt sich mit der Zahl der Besuche durch die Urenkel zufrieden.

Auch die Berufstätigkeit oder eigene Kinder der Enkelkinder werden von den Befragten als Gründe genannt, weshalb Kontakte zu den Enkelkindern sehr selten stattfinden.

Für eine andere Bewohnerin liegt der Grund für die sehr seltenen Besuche ihrer Angehörigen nicht in den privaten und beruflichen Lebensumständen der Angehörigen, sondern am mangelnden Bedürfnis, die pflegebedürftige Verwandte zu sehen und im Altersheim zu besuchen:

„Sie haben das Bedürfnis nicht, mich zu sehen. Diesen Eindruck hab ich. Da kann man nichts machen.“ (Int. 3, Z. 82-83)

Die Bewohnerin beschreibt in dem Zitat ihren aufgrund der sehr seltenen Besuche durch ihre (Ur-)Enkelkinder gewonnenen Eindruck, dass es den Familienmitgliedern kein Bedürfnis ist, die (Ur-)Großmutter im Altersheim zu besuchen. Gleichzeitig spricht sie auch ihre Machtlosigkeit an, diesen Zustand zu ändern. Sie nimmt die Tatsache der sehr seltenen Besuche und des mangelnden Kontaktbedürfnisses ihrer Angehörigen als gegeben hin.

Auf ihre Wünsche bezüglich der Besuche der Enkelkinder angesprochen, erzählt die Bewohnerin:

„Ja sagen wir, dass sie öfter kämen. Und wenn man will, hat man immer Zeit. So ist meine Ansicht. Es ist nicht, und damit find’ ich mich ab.“ (Int. 3, Z. 105-106)

Die Bewohnerin äußert in obigem Zitat nicht nur den Wunsch nach mehr Besuchen von Seiten der Enkelkinder, sondern entkräftet gleichzeitig die wohl häufig ihr gegenüber gebrauchte Entschuldigung der Enkelkinder, keine oder zu wenig Zeit für Besuche der Großmutter im Heim zu haben. Die Bewohnerin kann diese Erklärung nicht nachvollziehen: Der wahre Grund für die sehr seltenen Besuche sei der fehlende Wille dazu. Da sie am Willen der Enkelkinder nichts verändern könne, bleibe ihr nichts anderes übrig, als den Status quo zu akzeptieren und sich mit den raren Besuchen abzufinden.

Zusätzlich spricht die Bewohnerin die durch die sehr seltenen Besuche entstehende Gefahr der zunehmenden Entfremdung an:

„Ich mach’ niemandem einen Vorwurf. Ich sag, wenn s’ kommen wollen, sollen s’ kommen. Wenn s’ mich sehen wollen. Ich hab das Gefühl, dass das einem jungen Menschen gar nicht bewusst ist. [...] Wenn wer so selten kommt, entfremdet man sich, verstehen Sie?“ (Int. 3, Z. 98-103)

Sehr seltene Besuche bergen für die Bewohnerin stets die Gefahr, sich voneinander zu entfremden, unabhängig davon, ob es sich um Familienangehörige, FreundInnen oder andere Menschen, mit denen man Kontakt pflegt, handelt. Im Umkehrschluss heißt das für die Bewohnerin: Um ein gutes Verhältnis bzw. eine gute Beziehung untereinander aufrechtzuerhalten, sind persönliche Kontakte (in Form von Besuchen) unerlässlich. Vor dem Hintergrund einer möglichen Entfremdung von ihren Angehörigen ist der Wunsch der Bewohnerin nach mehr bzw. häufigerem familiärem Kontakt auch unter dem Blickwinkel der Aufrechterhaltung und Kontinuität der Beziehung zu betrachten.

3.3.1.2 Kontakt zu FreundInnen

a) Zugehörigkeit: FreundInnen vs. Familie?

Freundschaften und der Kontakt zu Bekannten bzw. NachbarInnen bilden – neben Kontakten zu Familienmitgliedern – den nächsten bedeutenden Bereich innerhalb der sozialen Kontakte von HeimbewohnerInnen. Wie bereits in der Kategorie „Kontakt zur Familie“ dargestellt, kann es zwischen den Bereichen „Familie“ und „FreundInnen“ zu Überschneidungen bzw. zu Gleichsetzungen kommen, sodass etwa FreundInnen als zur Familie gehörig betrachtet werden:

„Meine Freundinnen zu meiner Familie ... Ich würde sagen, ja. Sie sind ja auch sehr gut mit meiner Tochter, kommen auch zum Geburtstag. Meine Tochter ruft sie auch an, wenn sie nicht da waren, nicht? [...] Alle interessieren sich halt, wie’s mir geht.“ (Int. 6, Z. 323-326)

In obigem Beispiel erfüllen die beiden Freundinnen der Bewohnerin gewisse Kriterien, anhand welcher die Bewohnerin die Zugehörigkeit der Freundinnen zur Familie festmacht. Wichtig ist ihr dabei vor allem der harmonische Umgang ihrer Freundinnen mit ihrer Tochter und das gemeinsame Interesse am Wohlbefinden der Bewohnerin.

Eine andere Bewohnerin hebt sehr deutlich hervor, dass ihre Freundin für sie kein Teil der Familie ist, sondern ein „persönlicher Zuspruch“:

„Das gehört nicht zur Familie, das ist mein persönlicher Zuspruch. Wenn ich was brauch: Sie rennt, sie kauft. ‚Du, Irmgard, ich bitt’ dich, das bräuchte ich!’ ‚Ich geh schon!’“ (Int. 1, Z. 280-282)

Die Trennung zwischen Familie und Freundschaft ist für die Bewohnerin von hoher Bedeutung. Die Freundin stellt für die Bewohnerin ihren „persönlichen Zuspruch“ dar, bedeutet also einen Kontakt, durch welchen sie sich von anderen abgrenzen kann bzw. welchen sie – z.B. mit anderen Familienmitgliedern – nicht teilen muss. Es wird aus dieser Aussage weiters deutlich, welche besondere Bedeutung die Freundin für die Bewohnerin hat und welche speziellen Erwartungen an die Freundschaft von ihrer Seite gerichtet werden: Während in der Familie Gemeinschaftssinn und Miteinander-Teilen im Vordergrund stehen, bietet die Freundschaft etwas sehr Privates, Intimes – nämlich Unterstützung und Füreinander-da-Sein ohne familiäre Verpflichtungen. Letztgenannter Aspekt scheint bei der Bewohnerin im Vordergrund zu stehen, da die Betonung der obigen Aussage auf *„mein persönlicher Zuspruch“* liegt und sie die bedingungslose Unterstützung (in Form von der Erledigung von Besorgungen) durch die Freundin hervorstreicht.

b) Unterstützung vs. Enttäuschung

Für die Bewohnerinnen erfüllen die Freundschaften, welche sie im Pflegeheim weiter pflegen, verschiedene wichtige Funktionen und befriedigen unterschiedliche Bedürfnisse. Vor allem der persönliche, interessierte und warmherzige Umgang miteinander und die Gewissheit, jederzeit Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen durch die FreundInnen bekommen zu können, ist für die Befragten wichtig.

Dennoch berichten einzelne Bewohnerinnen auch von ihren negativen Erfahrungen mit FreundInnen, z.B. von der Abwendung ihrer FreundInnen in Situationen, in denen die Befragten Unterstützung von ihnen benötigt hätten. In diesem Kapitel werden die beiden Themenfelder Unterstützung und Enttäuschung dargestellt.

Für die Bewohnerinnen sind die persönlichen, wertschätzenden Kontakte zu ihren FreundInnen besonders wichtig. Besuche bei der Bewohnerin im Pflegeheim, Telefonate miteinander, Interesse aneinander und das Gefühl, dass immer jemand für einen da ist, erleben die Bewohnerinnen als die Kernelemente ihrer Freundschaften.

Eine Bewohnerin hebt die persönliche hohe Bedeutung ihrer Freundinnen folgendermaßen hervor:

„Die [Anm. die beiden Freundinnen der Bewohnerin] sind aber auch sehr lieb und die kommen auch. [...] Die rufen auch an, also ... man kann froh sein, dass man solche Menschen hat. Dass man mit einem Kind ein solches Glück hat und so Freundinnen. Ist schon sehr wichtig, was das gibt einem Menschen. Also mir gibt das viel.“ (Int. 6, Z. 283-287)

An ihren Freundinnen schätzt die Bewohnerin vor allem den beständigen Kontakt, den diese zu ihr suchen – dieser Kontakt und die Wertschätzung, die sie daraus bezieht, bedeuten ihr sehr viel. Weiters erzählt sie im Laufe des Gesprächs, dass auch die Gewissheit, sich bei Problemen, Sorgen oder Beschwerden jederzeit an ihre Freundinnen wenden zu können und von ihnen Unterstützung zu bekommen, sehr viel zu ihrem persönlichen Wohlbefinden beiträgt.

Die Bewohnerin beschreibt es als „Glück“, eine Tochter wie die ihre und Freundinnen wie die ihren zu haben – wohl in der Ansicht, dass es nicht häufig vorkomme, dass zu den Angehörigen bzw. den FreundInnen ein derart vertrauensvolles, respektvolles, von gegenseitiger Unterstützung geprägtes Verhältnis besteht.

Eine andere Bewohnerin unterstützt diese These unbewusst: Sie berichtet von der Enttäuschung, die sie erlebt hat, als sie feststellen musste, dass sich ihre vermeintlichen FreundInnen in schwierigen Lebensphasen von ihr abgewandt haben:

„Aber ich war dann neun Monate im Spital und ... die sind nicht auf Besuch gekommen. Sie haben nur immer die Tochter gefragt, wies mir geht und was mit mir ist. [...] Keine Freundschaften.“ (Int. 5, Z. 73-78)

Die Bewohnerin beschreibt eine Situation, welche für sie eine große Belastung dargestellt und in der sie Unterstützung und Beistand von ihren FreundInnen erwartet hat. Gerade in dieser schwierigen Lebensphase musste sie allerdings mit der Situation alleine zurechtkommen, da sich ihre FreundInnen von ihr und ihren Problemen abgewandt haben. Die Enttäuschung darüber lässt sie neuen Freundschaften sehr skeptisch gegenüberstehen.

Abgesehen von der Bewohnerin, die von ihren FreundInnen schwer enttäuscht wurde, werden Freundschaften von den Bewohnerinnen als sehr wichtig und bedeutend beschrieben. Der Kontakt zu FreundInnen bietet ein Gefühl der Zugehörigkeit – gemeinsame Unternehmungen, offene Gespräche und ehrliche Rückmeldungen sind für die Bewohnerinnen drei wesentliche Aspekte von Freundschaften.

c) Abschied von FreundInnen und Zehren von Kontakten

In den Gesprächen mit den Bewohnerinnen wird oft vom Ende der Freundschaften bzw. vom Abschiednehmen von den FreundInnen berichtet. FreundInnen werden meist in derselben Altersstufe gesucht und gefunden, folglich müssen die Bewohnerinnen im Alter auch einen Verlust von Freundschaften, also eine Abnahme des sozialen Netzwerks, verzeichnen: Freundschaften werden durch den Tod der FreundInnen beendet.

Der Tod der FreundInnen bedeutet für die Bewohnerinnen nicht nur das abrupte Ende der jeweiligen Freundschaften, sondern wird auch als ein Schritt in Richtung Einsamkeit gesehen:

„Freundinnen hab ich gehabt, die sind alle der Reihe nach gestorben, jetzt kommt nur noch eine, die noch lebt. Alle anderen sind gestorben.“ (Int. 4, Z. 207-208)

Neben dem Bedauern über die drohende zunehmende Vereinsamung tritt an dieser Stelle häufig Resignation auf:

„Ich hab immer sehr viel Umgang mit Menschen gehabt, [...] ich hab immer sehr viele Bekannte gehabt, das muss ich ehrlich sagen. Aber jetzt ... bin ich allein. Aber das kannst du nicht ändern.“ (Int. 1, Z. 341-343)

Eine Bewohnerin versucht, weniger den Verlust der Freundschaften durch den Tod der FreundInnen hervorzuheben, sondern vielmehr die positiven Effekte der Freundschaften, die noch immer andauern, aufrechtzuerhalten:

„Ich hab nie Freundinnen gesucht, und hab sie doch gehabt. [...] Sind ja alle gestorben. Wir waren immer eine große Gesellschaft. [...] Also, ich kann zehren von meinen Kontakten.“ (Int. 3, Z. 179-182)

Die Erinnerungen an die Kontakte, an gemeinsame Unternehmungen und Erlebnisse mit FreundInnen und Bekannten sind es, die der Bewohnerin trotz dem Abschied und dem Verlust von ihren FreundInnen nach wie vor Kraft und positive Energie geben: Sie „kann zehren“ von ihren Kontakten, selbst wenn diese schon vor Jahren beendet worden sind. Dieses „Zehren-Können“ von Erinnerungen an gemeinsame Ausflüge und Erlebnisse hilft ihr über schwierige Zeiten, in denen sie sich im Pflegeheim einsam fühlt, hinweg und gibt ihr neue Kraft, ihr „neues Leben“ im Pflegeheim zu meistern.

Kontakte zu FreundInnen und Bekannten stellen für die Bewohnerinnen des Pflegeheims folglich – neben den Kontakten zur Familie – einen weiteren wichtigen Aspekt im sozialen Netzwerk dar: Die Anzahl der sozialen Kontakte zu FreundInnen im Alters- bzw. Pflegeheim ist – aufgrund des höheren Alters der FreundInnen und der dadurch stärkeren Reduzierung des Netzwerks durch vorzeitigen Tod – in diesem Sample zwar kleiner, für die Bewohnerinnen erfüllen diese Kontakte jedoch wichtige

Funktionen, wie die Vermittlung eines Gefühls der Zugehörigkeit und Gemeinsamkeit, der Stärkung der Wahrung der eigenen Bedürfnisse und das Ausüben und dem Nachgehen eigener Interessen in einer auserwählten Gruppe.

3.3.1.3 Kontakt zu MitbewohnerInnen

Der Kontakt der Befragten zu ihren MitbewohnerInnen wird von ihnen sehr ambivalent geschildert. Zum einen streben die Bewohnerinnen danach, einen positiven Kontakt zu ihren MitbewohnerInnen herzustellen, da sie mit diesen viel Zeit gemeinsam verbringen (können), zum anderen grenzen sich die Bewohnerinnen sehr strikt von ihren MitbewohnerInnen ab bzw. distanzieren sich von ihnen. Diese beiden Reaktionen auf die für die Bewohnerinnen nicht veränderbare Zusammenkunft von (alten) Menschen mit unterschiedlichen Charakteren, die auf relativ engem Raum zusammenleben (müssen), stellen zwei verschiedene „Überlebensstrategien“ dar. Im Folgenden wird dies – unterteilt in die Kapitel positive und negative Erfahrungen – anhand von Textausschnitten näher beleuchtet.

a) positive Erfahrungen

Das Zusammenleben zweier Bewohnerinnen in einem Doppelzimmer kann Anlass für Unstimmigkeiten, Streit und Unwohl-Fühlen bei den Bewohnerinnen sein (vgl. „Negative Erfahrungen“), es kann sich aus dieser Konstellation jedoch auch ein positiv erlebtes, freundschaftliches Verhältnis zwischen den betroffenen Bewohnerinnen entwickeln.

Eine Bewohnerin, die bereits seit fast vier Jahren mit ihrer Zimmerkollegin ein Zimmer teilt, berichtet, dass das Verhältnis zwischen ihnen beiden von Anfang an gepasst hat. Im Gegensatz zu anderen BewohnerInnen des Heims, welche sich ein Zimmer zu teilen haben, streiten sie sich nicht, sondern akzeptieren die Unterschiede in den Persönlichkeiten:

„Andere streiten im Zimmer miteinander, da passt der einen das nicht, und der anderen das nicht. Jeder Mensch kann nicht gleich sein!“ (Int. 5, Z. 237-238)

Durch die Toleranz der jeweils anderen gegenüber entstehen wenig Konfliktquellen. Die Bewohnerin und ihre Zimmerkollegin sind darauf bedacht, diese Toleranz und dieses Verständnis füreinander stets aufrechtzuerhalten, um ein konfliktfreies Miteinander möglich zu machen.

Eine andere Bewohnerin berichtet ebenso positiv von ihrer Zimmerkollegin, mit der sie bereits seit einiger Zeit zusammenlebt und mit der es kaum Schwierigkeiten im Zusammenleben gegeben hat. Nun bereitet ihr die Verschlechterung des Gesundheitszustands der Zimmerkollegin Sorge; sie spürt eine Ohnmacht, ihr nicht helfen zu können:

„Aber die da [Anm.: die Zimmerkollegin], die kann nicht mehr viel, die lasst jetzt ganz nach, die ist ja so verloren, kann nicht schlafen und hat solche Schmerzen, wegen die Füß’, man kann nichts machen, mir tut sie so leid. Und ich kann ihr nicht helfen.“ (Int. 1, Z. 202-204)

Empathie und Mitempfinden sind für sie im Zusammenleben von großer Bedeutung. Sie bedauert die Verschlechterung des Gesundheitszustands ihrer Mitbewohnerin und verspürt Mitleid mit ihr. Das Unvermögen, der Zimmerkollegin helfen zu können, belastet die Bewohnerin daher sehr – sie ist eine Frau, der es Freude bereitet und für die es sehr wichtig ist, andere Menschen zu unterstützen. So berichtet sie von ihrem Kontakt zu einer Bewohnerin einer anderen Station des Altenheims:

„Sie freut sich, sie kann überhaupt nicht mehr gehen und hat schwer ... depressiv und so weiter und ich helf’ ihr so aus allem heraus, ja schon, wenn man spricht, wenn man so miteinand’ ein bisserl plaudert und so weiter. Das ist halt das Um und Auf, was wir haben.“ (Int. 1, Z. 49-52)

Das Erleben eines Miteinanders ist für viele der Bewohnerinnen von großer Bedeutung. Eine Bewohnerin setzt ihr Leben im Altersheim in Vergleich zu ihrem Leben zuhause, welches sie zwar vermisst, aber von welchem sie selbst sagt, dass dieses ein Leben in relativer Einsamkeit wäre:

„Sicher wär's schöner, wenn ich zuhause sein könnte. Aber da hab ich halt doch eine Abwechslung. Und ich bin unter Leuten.“ (Int. 6, Z. 137-138)

Das „Unter Leuten“-Sein ist ein positiver Aspekt, der beinahe allen befragten Bewohnerinnen zu ihrem Leben im Heim einfällt. Eine Bewohnerin streicht dazu noch die Freiwilligkeit dieser Sozialkontakte zu MitbewohnerInnen hervor: Sie schätzt ihre Freiheit, zwischen Alleinsein und Selbstbeschäftigung in ihrem Zimmer und gemeinsamer Aktivität in den Gruppenräumen wählen zu können.

„Also da, ich bin beschäftigt. Und wenn nicht: Man muss ja nicht. Es ist ja hier kein Zwang. Aber bevor ich halt hier bin alleine, und ich hab' Lust, mich zu unterhalten, dann geh' ich hinaus.“ (Int. 6, Z. 315-317)

Neben der Möglichkeit, MitbewohnerInnen in den Gemeinschaftsräumen oder Fernsehräumen zu treffen, werden für die BewohnerInnen laufend Basteleinheiten abgehalten, bei denen ein Austausch zwischen den BewohnerInnen forciert wird. Außerdem werden vom Haus regelmäßig Ausflüge organisiert, an welchen auch Angehörige teilnehmen können. Weiters bieten gemeinsam gefeierte Feste, wie Faschings- oder Geburtstagsfeiern, den BewohnerInnen Abwechslung. Diese Feste ermöglichen es den BewohnerInnen auch, MitbewohnerInnen, mit denen sie sonst nur schwer in Kontakt kämen, kennen zu lernen.

b) negative Erfahrungen

In den Gesprächen mit den Bewohnerinnen wurden vor allem zwei Bereiche genannt, in welchen es immer wieder zu Streitereien und Unstimmigkeiten im Zusammenleben im Pflegeheim kommt bzw. kommen kann: Zu diesen Konfliktquellen, welche das Zusammenleben unter den BewohnerInnen erschweren, sind das Teilen eines Doppelzimmers, wobei hier vor allem die Auswahl des Fernsehprogramms zu Konflikten führt, und die Essenssituation im Speisesaal zu zählen. Weitere Quellen für Konflikte untereinander stellen für die Befragten die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen der BewohnerInnen und die baulichen Gegebenheiten des Heims dar. Auf diese einzelnen Bereiche wird im Folgenden näher eingegangen.

Wie im Kapitel „Positive Erfahrungen“ erläutert, kann das Zusammenleben zweier Bewohnerinnen in einem Doppelzimmer als bereichernd und angenehm erlebt werden – viele Bewohnerinnen berichten jedoch von negativen Erfahrungen mit ihren Zimmerkolleginnen. Die Bewohnerinnen sind sich des hohen Konfliktpotenzials – bedingt durch das enge, unfreiwillige Zusammenleben mit einer anderen Bewohnerin – bewusst und zeigen sich in den Gesprächen daher bemüht, trotz der Differenzen und Unstimmigkeiten mit ihren Zimmerkolleginnen ein positives, streitfreies Miteinander aufrechtzuerhalten. Dabei ist es laut einer Bewohnerin besonders wichtig, Entscheidungen, von welchen sie beide betroffen sind, gemeinsam zu treffen. In ihrem Fall meint das vor allem die gemeinsame Auswahl des Fernsehprogramms:

„Wir reden nicht sehr viel, beim Fernsehen sagen wir: ‚Schauen wir uns das oder das an?‘ Aber, ich versteh’ sie so schlecht.“ (Int. 4, Z. 177-178)

Der Kontakt zwischen den beiden Bewohnerinnen ist auf ein Minimum reduziert, was wohl auch in der Schwierigkeit der Verständigung begründet liegt. Der Bewohnerin geht es nicht darum, in ihrer Zimmerkollegin eine Freundin oder Gefährtin zu finden, sondern sie ist lediglich auf ein reibungsfreies Zusammenleben bedacht. Dazu ist es aus ihrer Sicht hilfreich, sich etwa bei der Auswahl des Fernsehprogramms abzustimmen; einen weiteren, tiefergehenden Austausch zwischen ihnen hält sie dafür für nicht notwendig – das Zusammenleben wird durch die Absprache in Bezug auf das Fernsehprogramm für sie genügend erleichtert. Weitere Aktivitäten, die sie beide betreffen, finden nicht statt.

Auch eine andere Bewohnerin berichtet von ihren Erfahrungen, die sie in einem Doppelzimmer gemacht hat. Das Zusammenleben mit der Mitbewohnerin hat aus ihrer Sicht nicht gut funktioniert, da es häufig zu Unstimmigkeiten gekommen ist:

„Ich war einmal mit jemandem zusammen und das hat nicht gut getan. Weil ich wollte Fernsehen, sie nicht. Das kann man nicht, zu zweit. Außer es ist ... man tut lieb mit der Partnerin, aber das kann man nicht immer, das geht nicht.“ (Int. 6, Z. 57-59)

Die Bewohnerin sieht „lieb mit der Partnerin“ zu tun, also nachzugeben und die eigenen Bedürfnisse hinter die der Partnerin zu stellen, als die einzige Möglichkeit, die durch das enge Zusammenwohnen entstehenden Konflikte mit der Zimmerkollegin nicht eskalieren zu lassen – eine Haltung, die nicht ihrem Naturell entspricht, und welche sie auch nicht bereit ist einzunehmen. Aus der Erfahrung, welche sie in einer anderen stationären Einrichtung im Zusammenleben mit einer Bewohnerin gemacht hat, ist ihr Wunsch entstanden, in dem Altersheim in einem Einzelzimmer zu wohnen und sich Sozialkontakte zu anderen BewohnerInnen selektiv zu suchen.

Fernsehen bzw. die Auswahl des Fernsehprogramms zwischen zwei Bewohnerinnen, welche sich ein Zimmer teilen, wird von einigen der Bewohnerinnen als die Hauptquelle für Streit und Unmut zwischen den Zimmerkolleginnen genannt. Die Frage „*Schauen wir uns das oder das an?*“ (Int. 4, Z. 177-178) stellt eine Möglichkeit dar, einen Konsens zwischen den Bewohnerinnen herzustellen, setzt jedoch voraus, dass beide Bewohnerinnen ihrer Meinung gleich laut ihre Stimme verleihen und auch in gleicher Weise von der jeweils anderen gehört werden. Nur so kann eine Entscheidung getroffen werden, in die beide Zimmerkolleginnen in gleicher Weise involviert sind – das kontinuierliche Gefühl einer Bewohnerin, in diesen gemeinsamen Entscheidungen die Schwächere zu sein, kann das Zusammenleben stark belasten.

Neben der Schwierigkeit des Zusammenlebens in einem gemeinsamen Zimmer, bietet auch die Essenssituation für viele Bewohnerinnen Anlass für Streit und Unmut. Die meisten Bewohnerinnen nehmen ihre Mahlzeiten nicht in ihrem Zimmer, sondern mit den anderen BewohnerInnen gemeinsam im Speisesaal ein. Die zum Teil nicht frei gewählte Sitzordnung, herablassende Bemerkungen und das als abstoßend erlebte Verhalten einiger Bewohnerinnen tragen zu den Spannungen unter den BewohnerInnen bei.

Eine Bewohnerin schildert als Beispiel für eine deutlichen Abgrenzung von ihren MitbewohnerInnen eine Situation beim Essen im Speisesaal, bei der sie kein Verständnis für die bei der Auswahl der Speisen wählerische Tischnachbarin zeigen kann:

„Gute Suppen und alles. ‚Nein, das mag ich nicht!‘, und so. Da denk ich mir oft: Ob du das so daheim hast? Oh Gott, aber: Man muss den Mund halten. Ich hab mir das schon angewöhnt.“ (Int. 7, Z.263-265)

Um nicht den Frieden zu gefährden und Streitigkeiten herbeizuführen, hat sich die Bewohnerin entschlossen, der wählerischen Tischnachbarin nicht zu sagen, was sie von deren, von ihr als herablassend und überheblich empfundenem Verhalten hält. Stattdessen übergeht sie die Situation und schweigt dazu.

Die Essenssituation im Gemeinschaftsspeisesaal birgt jedoch nicht nur diesbezüglich Potenziale für Auseinandersetzungen und Unmut, sondern verursacht gegebenenfalls auch Gefühle von Abscheu und Ekel bei den Bewohnerinnen. Eine Bewohnerin hat an ihrem ersten Tag im Heim im Speisesaal gegessen und dabei eine Erfahrung gemacht, nach welcher sie entschieden hat, keine weitere Mahlzeit mehr in der Gemeinschaft einzunehmen:

„Bin anständig gegessen, mit Serviette und alles, und die neben mir hat die Zähne rausgenommen, hat sie müssen ablutschen, da war noch was drauf, hat sie auf den Tisch gelegt. Hab ich mir gedacht: nein, ich kann nichts essen. Ich dreh’ mich so rüber, zu der anderen, die hat gesagt: „Schauen S’ gar net so genau hin!“, und dann ist gar nichts runtergegangen.“ (Int. 1, Z. 191-195)

Obwohl nicht alle der befragten Bewohnerinnen in ihrem Zimmer essen, sondern die Mahlzeiten zum Teil im Gemeinschaftsspeisesaal einnehmen, wird die Essenssituation von keiner der Bewohnerinnen als eine gemeinschaftsfördernde Situation, in welcher Beziehung oder Kontakt zu MitbewohnerInnen hergestellt werden kann, geschildert.

Ein weiterer Grund für die Distanzierung der Befragten von manchen ihrer MitbewohnerInnen ist die erlebte emotionale Verflachung der MitbewohnerInnen, die zum Teil auf dementielle oder andere Erkrankungen zurückzuführen ist. Auch die Unzufriedenheit mancher MitbewohnerInnen mit ihrer aktuellen Situation und infolgedessen offen ausgelebter Missmut erschweren die Kontaktaufnahme und die

Entstehung einer Beziehung zwischen den BewohnerInnen. Eine Bewohnerin schildert ihre Schwierigkeiten, mit solchen als unfreundlich erlebten MitbewohnerInnen in Kontakt zu kommen:

„Nicht, dass ich überheblich bin, um Gottes Willen, nein! Aber die sind alle so ..., die verstehen keinen Spaß, sind nur zwider, sind nur grantig, sind unfreundlich, also gar keinen Kontakt kann man mit jemandem haben“ (Int. 1, Z. 132-134)

Nicht nur schlechte Laune und Unfreundlichkeit der MitbewohnerInnen, sondern auch wahrgenommene Passivität erschweren einen positiven Kontakt zu den MitbewohnerInnen, da diese dadurch für die Bewohnerinnen unnahbar werden:

„Gibt Leute hier, die können sich über nichts freuen. Und das, glaub' ich, ist bei den ganzen alten Leuten hier bei uns der Untergang. Die lassen nur nach und können sich über überhaupt nichts freuen. Gar nichts, die haben ganz abgeschaltet. ... Wir wissen, dass das hier die Endstation ist, aber seien wir froh, dass wir so versorgt sind, was mach ich zu Haus alleine?“ (Int. 1, Z. 240-244)

Neben erlebter Unfreundlichkeit und Passivität spielen auch die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen der BewohnerInnen eine Rolle, warum es den Bewohnerinnen schwer fällt, im Alters- bzw. Pflegeheim Kontakte zu MitbewohnerInnen aufzubauen und eine Beziehung zu entwickeln. Eine Bewohnerin beschreibt diese Schwierigkeit folgendermaßen:

„Es ist schwierig, es sagt doch jeder, wenn man später zusammenkommt im Alter: Jeder hat seinen Eigensinn.“ (Int. 1, Z. 43-45)

Die Bewohnerin erlebt die bestehende Persönlichkeitsstruktur eines jeden Menschen, die ihrer Ansicht nach im Alter fester bzw. unverrückbarer wird, als ein bedeutsames Hindernis in der Kontaktaufnahme mit anderen Menschen. Dabei unterscheidet sie nicht zwischen dem Leben zuhause und im Altersheim, sehr wohl aber sieht sie das Alter, in welchem man „zusammenkommt“, als einen Parameter für einen

einfacheren oder weniger einfachen Beziehungsbeginn. Demnach haben es jüngere Menschen leichter Kontakt zu ihren Mitmenschen aufzubauen als ältere Menschen, die über einen stärkeren „Eigensinn“ verfügen.

Eine Bewohnerin spricht auch bauliche bzw. die Hausordnung betreffende Bedingungen an, welche die Entstehung von Kontakt zwischen den BewohnerInnen erschweren. So fehlt es der Bewohnerin, die in einem Doppelzimmer wohnt, an Räumlichkeiten, in welche sie sich mit anderen BewohnerInnen für ungestörte Gespräche zurückziehen kann, ohne die Privatsphäre anderer zu beengen:

„Es kann ja gar kein persönlicher Kontakt aufkommen. Eins sagen sie [Anm.: die Schwestern] immer, man soll nicht in die Zimmer hineingehen, das tu ich eh nicht [...], aber es ist irgendwie schwer, so am Gang einen Kontakt herzustellen.“ (Int. 1, Z. 184-186)

Obwohl auf allen Stationen, auf welchen Interviews geführt worden sind, Sozial- und Fernsehräume für die BewohnerInnen und ihre/deren Gäste vorhanden sind, scheint das vorhandene Angebot die Wünsche der BewohnerInnen nur eingeschränkt zu befriedigen. Da das Knüpfen von Kontakten im Alters- bzw. Pflegeheim von den BewohnerInnen – u.a. aufgrund von negativen Vorerfahrungen, Gefühlen von Ekel und Abscheu und der Unfreundlichkeit und Passivität mancher BewohnerInnen – als schwierig erlebt wird, ist es ein Wunsch der BewohnerInnen, dass die bauliche Gegebenheiten die Entstehung von Kontakt wenn schon nicht erleichtern, so doch zumindest nicht zusätzlich erschweren sollen. Die Schaffung mehrerer kleiner Nischen, in denen die BewohnerInnen ungestört und auch relativ uneinsichtig in den großen Sozialräumen zusammensitzen können, wäre ein von den BewohnerInnen positiv aufgenommener Schritt zur Erleichterung der Beziehungspflege im Altersheim.

3.3.1.4 Kontakt zum Heimpersonal

Zu den Kontakten der BewohnerInnen innerhalb des Heims zählen neben den Kontakten zu den MitbewohnerInnen auch die Kontakte zu den Krankenschwestern

und -pflegern²⁴³, und den Ärztinnen und Ärzten des Hauses. In den Interviews wurden die Bewohnerinnen – u.a. um sozial erwünschte, abgefälschte Antworten zu vermeiden – nicht explizit nach ihren Beziehungen zum Heimpersonal gefragt. Die Bewohnerinnen berichteten jedoch von sich aus von ihren mehr oder weniger guten Kontakten zu den Angestellten des Heims, wobei sich die meisten Aussagen auf die Beziehungen zu den Krankenschwestern²⁴⁴ beziehen, mit denen sie täglich am häufigsten in Kontakt kommen. In den Gesprächen wurden von den Bewohnerinnen vor allem drei Themenbereiche angesprochen: Zuneigung zu und von den Pflegerinnen, der Zeitmangel der Pflegerinnen und Unzufriedenheit mit den Pflegerinnen. Diese Themen werden im Folgenden näher betrachtet:

a) „die haben mich wirklich sehr gern“ – Zuneigung zu und von den Pflegerinnen

Gerade weil das Pflegeheim das Zuhause der Bewohnerinnen darstellt, in welchem über Jahre hinweg alle Bereiche ihres Lebens stattfinden, ist der Kontakt zu den Pflegerinnen für die Bewohnerinnen sehr bedeutsam. Die Pflegerinnen nehmen für die Befragten Funktionen einer steten Bezugsperson ein, nicht selten entwickeln Bewohnerinnen Gefühle von Zuwendung und Zuneigung gegenüber den Pflegerinnen bzw. fühlen diese Gefühle der Pflegerinnen ihnen selbst gegenüber.

Eine Bewohnerin beschreibt das besondere Verhältnis zu einigen Krankenschwestern ihrer Station und hebt die positiven Effekte, die der regelmäßige Kontakt mit den Schwestern auf sie hat, hervor:

„Ich hab Schwestern, die haben mich wirklich sehr gern, die kommen immer herein, ... aber immer nur ein paar Minuten. Es sind ein paar Worte, oder

²⁴³ Mit „Krankenschwestern und -pflegern“ ist hier das gesamte pflegende Personal auf den Stationen, d.h. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegende, PflegehelferInnen und Pflegende in Ausbildung, gemeint. Der Begriff „Krankenschwester“ und „Krankenpfleger“ wurde in diesem Fall jedoch den korrekten Bezeichnungen der DGKPP vorgezogen, da es dem Sprachgebrauch der Bewohnerinnen näher liegt.

²⁴⁴ In keinem der Gespräche wurde von Seiten der Bewohnerinnen ein Krankenpfleger erwähnt, daher wurde in diesem Kapitel, das die Erfahrungen und Erlebnisse der Bewohnerinnen wiedergibt, auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise verzichtet. Der Begriff der „Pflegerinnen“ oder der „Schwestern“, wie er von den Bewohnerinnen verwendet wird, meint in diesem Fall weibliche Pflegende auf den Stationen, unabhängig von ihrem Ausbildungsstatus.

sie macht einen Spaß mit mir oder ich mit ihnen, das lockert das ein bisschen auf.“ (Int. 1, Z. 159-161)

Die Bewohnerin erzählt von einigen Pflegenden, die sie „wirklich sehr gern“ haben. Für die Bewohnerin ist es wichtig, vom Heimpersonal gemocht bzw. gern gehabt zu werden und diese Zuneigung auch zu spüren. Sie erlebt die Bestätigung für die Zuneigung der Pflegenden zu ihr anhand von Zeit, die die Pflegenden mit ihr verbringen, ohne gleichzeitig eine pflegerische Handlung zu setzen. Die Bewohnerin erzählt, dass diese persönlichen Kontakte regelmäßig stattfinden, jedoch nur von kurzer Dauer sind („immer nur ein paar Minuten“). Diese Kontakte bedeuten der Bewohnerin sehr viel, sie empfindet die Gespräche und die Scherze mit den Krankenschwestern als willkommene Abwechslung im Heimalltag. Die regelmäßige, persönliche Interaktion mit den Schwestern „lockert das ein bisschen auf“. Die Bewohnerin spürt, es geht in diesen Kontakten nicht um Erkrankungen, Therapien oder Pflege, sondern um sie selbst. Der Kontakt zu den Schwestern ersetzt für sie auch mangelnde bzw. unbefriedigende Kontakte zu ihren MitbewohnerInnen (vgl. 3.3.1.3 b)).

Auch für eine andere Bewohnerin sind die persönlichen Kontakte zu den Pflegenden sehr wichtig. Sie beschreibt den Kontakt zu einer Krankenschwester, zu der sie eine sehr gute Beziehung pflegt:

„Man hat immer jemanden ins Herz geschlossen, nicht? Die [Anm.: eine Krankenschwester] kommt oft, am Abend, da lieg’ ich schon im Bett, und da spricht sie mit mir. Sind alle sehr nett, aber sie ist halt ... Eine hat man immer besonders lieb.“ (Int. 6, Z. 381-383)

Neben Kontakten zu den Krankenschwestern sind für einige Bewohnerinnen auch die Kontakte zu den Ärztinnen und Ärzten sehr bedeutsam. Dabei ist ihnen besonders wichtig, dass die ÄrztInnen sympathisch sind und dass eine gute Beziehung zwischen ihnen und den ÄrztInnen gegeben ist. Eine Bewohnerin bringt dies folgendermaßen zum Ausdruck:

„Und auch, dass die Ärzte nett sind, das ist auch sehr wichtig.“ (Int. 6, Z. 364)

Obwohl zwischen den BewohnerInnen und den ÄrztInnen des Heims im Allgemeinen nur wenig Interaktion stattfindet, sind die Begegnungen mit den Ärztinnen und Ärzten für die Bewohnerinnen sehr einprägsam und bedeutend. Auch ein lediglich einmaliger Kontakt mit einer Ärztin wird von einer Bewohnerin als derart bedeutsam erlebt, dass sie ihn im Interview anspricht:

„Auch die Ärzte sind sehr nett. Mit der Frau Doktor, [...] mit der hab' ich auch einmal gesprochen. Die ist auch äußerst nett.“ (Int. 6, Z. 349-350)

Mit dem Pflege- und ÄrztInnenteam in gutem Kontakt zu stehen, ist für die Bewohnerinnen von hoher Bedeutung. Dabei spielt zum einen das Abhängigkeitsverhältnis zu den Pflegenden und ÄrztInnen, in welchem sich die Bewohnerinnen des Heim befinden, zum anderen spielen aber auch die oftmals unzureichenden bzw. unbefriedigenden Kontakte zu den MitbewohnerInnen eine Rolle. Gerade Krankenschwestern können durch persönliche Gespräche mit den Bewohnerinnen deren Bedürfnisse nach Nähe, Anerkennung und Wertschätzung zu einem Teil befriedigen – zu einem weitaus größeren Teil bleiben diese Bedürfnisse von BewohnerInnen im Alters- bzw. Pflegeheim, die keinen regelmäßigen, tragfähigen Kontakt zu ihren Angehörigen haben, jedoch unbefriedigt.

b) „die haben doch keine Zeit!“ – Zeitmangel der Pflegenden

Persönliche Gespräche, in denen der Mensch und nicht die Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit im Vordergrund stehen, sind für die Bewohnerinnen von besonderer Bedeutung in der Beziehung zu den Pflegenden. Dennoch finden derartige Gespräche selten oder aber bereits nach Dienstschluss der Pflegenden statt. Der Grund dafür ist der – oftmals akute – Zeitmangel der Pflegenden. Auf den Stationen stehen – bedingt durch Krankenstände, Urlaube oder andere personelle Gründe – zu wenige Pflegende zu vielen BewohnerInnen gegenüber. Leihkräfte, welche die Pflegenden in personellen Engpässen auf den Stationen unterstützen, leisten einen wichtigen Beitrag zur Erledigung der Basisversorgung der

BewohnerInnen – ausreichend Zeit für persönliche Gespräche mit den BewohnerInnen bleibt in Zeiten personeller Knappheit jedoch weder den Leihkräften noch den regulär Pflegenden.

Eine Bewohnerin spricht in dem Gespräch den erlebten Zeitmangel der Pflegenden direkt an:

„Geh, die [Anm. die Pflegenden] haben doch keine Zeit!“ (Int. 1, Z. 154),

Die Frau erkennt, dass den Pflegenden wenig Zeit bleibt, persönliche Beziehungen zu den BewohnerInnen zu pflegen. Gerade weil diese Zeitknappheit der Pflegenden auch für die Bewohnerinnen derart spürbar ist, wird bereits die von den Krankenschwestern für Gespräche investierte Zeit als Geschenk und Zeichen der Zuneigung den Bewohnerinnen gegenüber verstanden, selbst wenn die Gespräche nur von kurzer Dauer sein können.

Worüber in den Gesprächen zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen gesprochen wird, wird in den Interviews von keiner der Befragten geschildert: Es scheint, dass für die Bewohnerinnen weniger der Inhalt der Gespräche, sondern die dabei erlebte Wertschätzung und Anerkennung der eigenen Person im Vordergrund steht.

c) „gibt ja auch verschiedene Schwestern“ – Unzufriedenheit mit den Pflegenden

Nicht zu allen Pflegenden besteht ein derart positiver Kontakt, wie er von einigen Bewohnerinnen im Kapitel „die haben mich wirklich gern“ geschildert wird. Neben Krankenschwestern, zu denen es eine gute persönliche Beziehung gibt, erleben die Bewohnerinnen auch Pflegende, bei denen dies nicht der Fall ist. In der Beschreibung des Kontakts zu Pflegenden, welche dem letzteren Typ entsprechen, sind die Bewohnerinnen sehr vorsichtig. Sie verwenden vage Formulierungen und betonen die generelle Verschiedenheit der Menschen, nach welcher es folglich auch Krankenschwestern mit unterschiedlichen Charakteren geben muss. Eine Bewohnerin bringt das an zwei Stellen des Interviews folgendermaßen zum Ausdruck:

„Es ist so, es sind so verschiedene Charakter. Auch von den Schwestern.“
(Int. 7, Z. 257-258)

„Gibt ja auch verschiedene Schwestern.“ (Int. 7, Z. 271)

Die Bewohnerin schildert die Verschiedenartigkeit der Schwestern, lässt aber offen, wie sie selbst mit dieser Diversität umgeht. Erst anhand weiterer, vager Formulierungen im Gespräch wird die Unzufriedenheit der Bewohnerin mit dem Verhalten bzw. den Persönlichkeitseigenschaften einiger Pflegender deutlicher:

„Und es gibt schon Schwestern, die sich aufopfern. Ob die Jungen weiter so ... ich weiß es nicht, ob das weiter so geht, aber ich hoffe. Ich hoffe, oja.“
(Int. 7, Z. 290-291)

Die Bewohnerin scheint unzufrieden mit dem Engagement bzw. mit manchen Persönlichkeitseigenschaften einiger (vor allem jüngerer) Krankenschwestern zu sein. Sie äußert ihre Unzufriedenheit jedoch nicht als Beschwerde, sondern formuliert diese zu einem Ausdruck der Hoffnung, von welchem sie annimmt, dass dieser niemanden vor den Kopf stößt. Die Bewohnerin befindet sich in einer Art von Abhängigkeitsverhältnis vom Pflegepersonal des Hauses; sie fürchtet daher, eine Beschwerde über einzelne Pflegepersonen könnte unter Umständen negative Konsequenzen für sie bringen. Ein positiv, als Ausdruck von Hoffnung formulierter Wunsch verringert ihre Angst vor negativen Konsequenzen, birgt aber auch die Gefahr, dass ihr Wunsch bzw. die dahinterliegende Unzufriedenheit von denen, die etwas an der Situation ändern könnten, möglicherweise nicht ausreichend wahrgenommen wird.

3.3.2 Alleine sein

Die Kategorie „Alleine sein“ umfasst drei Subkategorien: Einsamkeit („irgendwie ein bisschen einsam“), stille Klage („darf mich nicht beklagen“) und Bescheidenheit bzw. Genügsamkeit („ich brauch’ ja nichts“). Die drei Subkategorien werden nach einem kurzen Überblick im Folgenden ausführlich dargestellt.

Die Subkategorie „Einsamkeit“ beinhaltet neben Aussagen der Bewohnerinnen zur subjektiv erlebten Einsamkeit im Altersheim auch Sorgen und Ängste der Frauen diesbezüglich. Die Subkategorie „Stille Klage“ beschäftigt sich mit den Beschwerden der Bewohnerinnen u.a. bezüglich der Kontakte zu ihren Angehörigen oder den MitbewohnerInnen oder dem Verhalten des Heimpersonals – Beschwerden, die jedoch aus der Angst vor negativen Konsequenzen nicht artikuliert werden. Die letzte Subkategorie „Bescheidenheit/Genügsamkeit“ setzt sich mit der Anerkennung und Bewertung der eigenen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und ihrem Bedürfnis nach Befriedigung dieser auseinander.

3.3.2.1 Einsamkeit – „irgendwie ein bisschen einsam“

Gefühle von Einsamkeit werden von den Bewohnerinnen kaum von sich aus angesprochen, und wenn doch, werden die Aussagen teilweise wieder revidiert. Eine Bewohnerin schildert beispielsweise zunächst ihre Erinnerungen an ihre schönen, befriedigenden Kontakten zu ihren Freundinnen, welche zum überwiegenden Teil bereits verstorben sind, und kommt danach auf ihre Verwandten und die erlebte Einsamkeit zu sprechen:

„Aber sonst ... Verwandte hab' ich gar keine. ... Ist irgendwie ein bisschen einsam.“ (Int. 1, Z. 28-29)

Nach einer kurzen Pause erzählt die Bewohnerin weiter:

„Ich fühl' mich nicht, wie soll ich sagen ... ich fühl' mich nicht einsam. Ich tu' Patienten legen, ich tu' Rätsel auflösen, ich tu' auch sonst irgendwelche interessanten Sachen was sind, lesen halt.“ (Int. 1, Z. 31-33)

Das Gefühl von Einsamkeit einzugestehen fällt der Bewohnerin offensichtlich schwer. Nach dem ersten Eingeständnis nimmt die Bewohnerin dieses in ihrer nächsten Aussage wieder zurück und listet zur Bestätigung eine Reihe an Aktivitäten auf, die sie durchführt und die sie daran hindern, Einsamkeit zu empfinden. Sie nennt jedoch ausschließlich Aktivitäten, die sie alleine ausführen kann: Die Tätigkeiten dienen folglich mehr der Beschäftigung als der Reduzierung von Einsamkeit. Die

Bewohnerin beschreibt sich im Gespräch als einen geselligen Menschen, der „*immer sehr viel Umgang mit Menschen gehabt*“ (Int. 1, Z. 341) hat – die Einsamkeit, die sie nun im Heim erlebt, muss sie daher sehr belasten. Dennoch erzählt sie kaum etwas von ihren Gefühlen diesbezüglich.

Generell scheint im Pflegeheim über Gefühle wie Alleinsein und Einsamkeit kaum gesprochen zu werden: Von den übrigen befragten Bewohnerinnen berichtet lediglich eine weitere Frau von Gefühlen von Einsamkeit und von ihrem Umgang damit. Sie erzählt von einem kleinen Stoffhund, den sie von der Tochter gegen die Einsamkeit bekommen hat, und der seinen fixen Platz im Bett der Bewohnerin hat:

„Das Hunderl da [Anm.: einen kleinen Plüschhund] hat sie mir auch gebracht, [...] dass ich nicht alleine bin. Aber es bringt schon was. Man kommt nicht so alleine sich vor. Ich mein, es kann nicht reden oder so, aber es ist doch irgendwie das Gefühl, dass noch wer da ist.“ (Int. 6, Z. 149-152)

Das Textbeispiel dieser Bewohnerin verdeutlicht die Sehnsucht nach Kontakt auch außerhalb der Besuchszeiten²⁴⁵. Obwohl die Sehnsucht nach (mehr) Kontakt besteht, wird das Gefühl von Einsamkeit oder der Wunsch nach Gesellschaft von Seiten der Frauen nur selten thematisiert.

Eine Bewohnerin drückt das Fehlen von Ansprache und Kontakt im Pflegeheim folgendermaßen aus:

„Da musst dich halt abfinden, manchmal ist es nicht leicht, manchmal drückt’s mich sehr, vor allem, weil du hier gar keine Ansprache hast.“ (Int. 1, Z. 129-130)

Die Bewohnerin erlebt das Fehlen von Ansprache und Kontakt im Heim sehr intensiv, gleichzeitig spürt sie aber auch ihre Ohnmacht, etwas an ihrer einsamen Lage zu ändern. Mit „Da musst dich halt abfinden“ drückt sie ihre Resignation aus,

²⁴⁵ Auch wenn es heute in den meisten Einrichtungen der stationären Altenhilfe keine Besuchszeiten im herkömmlichen Sinne mehr gibt, wird der Begriff an dieser Stelle bewusst verwendet, da es in Alten- und Pflegeheimen nach wie vor Zeiten gibt, in denen Besuch unerwünscht bzw. unüblich ist: Dies gilt vor allem für die späten Abend-, Nacht- und frühen Morgenstunden.

an der Situation aktiv etwas zum Besseren verändern zu können. Sich mit den Gegebenheiten abzufinden, erspart ihr die Frustration, ihre Bemühungen nicht fruchten zu sehen.

Der Wunsch und das Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung im Altersheim sind bei der Bewohnerin, von der obiges Zitat stammt, stark ausgeprägt, sie spricht in dem Interview an mehreren Stellen ihre Unzufriedenheit mit ihrem kleinen bzw. fehlenden sozialen Netzwerk an und betont ihre Sehnsucht nach mehr Kontakt:

„Das wär so schön, jemanden haben, wo man sich anlehnen kann. [...] Ich mein das so: ... Nicht anjammern oder was, sondern Freude zeigen auch und so, dass man zeigen kann, wie man sich fühlt, so mein ich das.“ (Int. 1, Z. 345-347)

Der Bewohnerin geht es darum, eine/n PartnerIn zu haben, mit der/dem sie ihre Gefühle teilen kann. Das Zeigen und Teilen wahrer Gefühle scheint sie im Altersheim zu vermissen: Weder die MitbewohnerInnen noch die Krankenschwestern/-pfleger und ÄrztInnen können ihr Bedürfnis nach intensivem Kontakt mit einem ehrlichen, authentischen Austausch von Gefühlen in ausreichendem Maße befriedigen.

Die Vorfreude auf Besuche der Angehörigen hilft den Bewohnerinnen, die Gefühle von Einsamkeit (kurzfristig) zu verdrängen und der Zukunft positiv entgegenzublicken:

„Also, wie soll ich sagen, Angehörige: Eltern tot, schon lange. Und dann ... mein Mann tot. Freunde tot. Ich bin ja schon, jetzt war ich 91. Das bin ich jetzt schon ein ganzes Jahr. Und ... wissen Sie, ich freu' mich schon, wenn die Enkelkinder kommen!“ (Int. 3, Z. 5-7)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass familiäre Kontakte, auch wenn diese selten stattfinden, den Bewohnerinnen helfen, mit ihrer erlebten Einsamkeit umzugehen, indem sie Perspektiven schaffen und ihnen Gefühle von Wertschätzung und Geborgenheit vermitteln. Weiters vermitteln Besuche durch die Angehörigen den

Bewohnerinnen das wichtige Gefühl, in das soziale Netzwerk des Familienverbandes wie gewohnt eingebunden und integriert zu sein. Unabhängig davon, wie oft Besuche oder Kontakte zwischen den Bewohnerinnen und ihren Angehörigen stattfinden, können diese familiären Kontakte Gefühle von Einsamkeit jedoch nicht zur Gänze verhindern. Diese Einsamkeit wird dadurch verstärkt, dass sich auch innerhalb des Heims selten Kontakte mit MitbewohnerInnen oder dem Heimpersonal ergeben, welche in ihrer Intensität oder Qualität den Bedürfnissen der Bewohnerinnen entsprechen.

3.3.2.2 Stille Klage – „darf mich nicht beklagen“

Bezugnehmend auf den Kontakt zu ihren Angehörigen wird von Seiten der Bewohnerinnen in beinahe jedem Gespräch mindestens eine der folgenden Äußerungen getätigt:

„Kann man nichts sagen.“ (Int. 1, Z. 146-147)

„Darf ich mich nicht beklagen.“ (Int. 2, Z. 80)

„Nein, ich kann überhaupt nichts sagen.“ (Int. 7, Z. 389-390)

Man könnte annehmen, dass es sich bei diesen und ähnlichen Aussagen um eine Art von Zufriedenheitserklärungen handelt, wenn kein Grund zur Klage oder Beschwerde vorhanden ist. Dennoch lautet die Aussage der Frauen selten „Ich bin zufrieden!“ oder gar „Ich bin glücklich!“, sondern es wird eine vage Formulierung bzw. eine umständliche Satzkonstruktion verwendet.

Es ist also davon auszugehen, dass die Aussage „Darf ich mich nicht beklagen“ nicht unbedingt eine Zufriedenheit mit der jeweiligen Situation ausdrückt, da diese anders deutlich gemacht werden würde. Viel eher kann die Aussage als ein „Ich beklage mich“ gedeutet werden: zwar als kein proaktives Beschweren über eine bestimmte Situation, wohl aber als eine Äußerung des Unwohlfühls in einer gewissen Lebenswelt, in der man selbst wenig bis kaum Möglichkeiten hat, die Rahmenbedingungen zu ändern.

In den einzelnen Interviews fällt auf, dass im Zusammenhang mit den Kontakten zu den Angehörigen vor allem zwei Aussagen immer wiederkehren: „Kann man nichts sagen.“ und „Darf ich mich nicht beklagen.“ Bei diesen beiden Aussagen, denen gemeinsam ist, dass sie eine vordergründige Zufriedenheit ausdrücken, lässt sich zwei bedeutende Unterschiede ausmachen: Zum einen in der Verwendung der Modalverben „können“ und „dürfen“, zum anderen in der Wahl der Person zwischen „man“ und „ich“. Weiters wird die Beschwerde mit unterschiedlichen Verben ausgedrückt: Wie in obigen Zitaten ersichtlich, werden die Worte „sagen“ und „beklagen“ verwendet. In den Interviews finden sich Textbeispiele mit beinahe allen aus diesen einzelnen Worten möglichen Kombinationen.

Ob die Bewohnerinnen „nichts sagen“ oder „sich nicht beklagen“ können, hat wenig bis kaum mit dem Inhalt der Beschwerde zu tun. Viel eher entstammt die unterschiedliche Wortwahl den Sprachgewohnheiten der Frauen. Während nur eine Bewohnerin sich durchwegs „nicht beklagen“ kann und darf, können/dürfen fast alle übrigen Bewohnerinnen „nichts sagen“. Möglicherweise liegt das daran, dass im Wort „beklagen“ die Klage bzw. Beschwerde viel offensichtlicher zu finden ist als das im neutralen Verb „sagen“ der Fall ist.

Etwas deutlicher manifestiert sich der Zusammenhang zwischen Wortwahl und Inhalt der Beschwerde bei den Phrasen „sich nicht beklagen können“ und „sich nicht beklagen dürfen“. Selbst wenn auch hier der übliche Sprachschatz der Bewohnerinnen eine Rolle spielt und einige Frauen eher zu „nichts sagen dürfen“ und andere eher zu „nichts sagen können“ tendieren, lassen sich einige Auffälligkeiten ersehen. Am Beispiel folgender Aussagen wird dies verdeutlicht:

„Kann man nichts sagen, nein.“ (Int. 7, Z. 146)

„Darf mich wirklich nicht beklagen.“ (Int. 2, Z. 113)

Das erste Textzitat bezieht sich auf die Tochter der Bewohnerin, welche für den Vater, der bei ihr wohnt, sorgt und für ihn kocht. Die Bewohnerin ist dankbar für die Fürsorge ihrer Tochter ihrem Mann gegenüber, da „kann man nichts sagen“, um nicht eventuell die Tochter zu kränken und dadurch möglicherweise die Fürsorge für den Ehemann aufs Spiel zu setzen. Die Bewohnerin ist in ihren Aussagen sehr

vorsichtig – nicht zufällig verwendet sie das unbestimmte (Indefinit-)Pronomen „man“, während sie genauso gut sagen könnte: „ich kann nichts sagen“. Um niemanden vor den Kopf zu stoßen oder um nicht fordernd zu erscheinen, bedient sie sich dieser vagen Formulierung. Sowohl die von Kindheit an gelernte Bescheidenheit bzw. das Nicht-Äußern eigener Wünsche und Bedürfnisse, als auch etwaiges Unverständnis der Umwelt auf die eigenen Wünsche oder die Unveränderbarkeit der Situation und damit einhergehend der (Selbst-)Schutz vor Enttäuschung können die Bewohnerin daran hindern, sich aktiv zu „beklagen“.

Das zweite Textzitat stammt aus einem Abschnitt, in welchem die Bewohnerin hervorstreicht, was ihre Familie zu etwas Besonderem macht. Sie nennt dabei vor allem die gelebte Einstellung, sich gegenseitig nicht zu belasten, und bestätigt ihre Aussage mit den Worten: „Darf mich wirklich nicht beklagen.“

„Gute Familie. ... Was man eigentlich sehr selten findet, nicht? Meistens tun sich die Mütter dreinmischen, ich hab mich nirgends dreingemischt, Macht's euch das aus, lässt's mich damit in Ruh' ... sind auch selten gekommen mit irgendetwas, wollen ja auch nicht belasten, wir müssen ja selber kämpfen mit unserem Ding (lacht) ... nein, sind alle sehr nett. Darf mich wirklich nicht beklagen.“ (Int. 2, Z. 109-113)

Auch wenn diese letzten Worte als Bekräftigung des Vorhergesagten gemeint waren, werten sie dieses eher ab, da es sich um keine positive Formulierung handelt. Im Wort „beklagen“ ist die Klage und Beschwerde enthalten. Weiters wirkt eine Bekräftigung einer grundsätzlichen positiven Aussage mittels einer verneinten Aussage („nicht“) unglaubwürdig – es entsteht der Eindruck, dass dadurch Teile der positiven Aussage wieder zurückgenommen werden sollen. Möglicherweise erlebt die Bewohnerin ihre Familie tatsächlich als „gute Familie“ und schätzt es, dass sie einander „auch nicht belasten“ wollen, dennoch entsteht der Eindruck, dass ihr in der Beziehung etwas fehlt, was sie selbst entweder nicht benennen kann oder will. Auch lässt die Formulierung „Darf mich wirklich nicht beklagen“ offen, von wem aus die Bewohnerin sich nicht beklagen darf. Die Wortwahl der Bewohnerin lässt vermuten, dass sie sich tatsächlich nicht beklagen darf, da sie sonst gegebenenfalls die negativen Konsequenzen ihrer Beschwerde in Kauf nehmen müsste. Wie im Kapitel

zu den Kontakten der Bewohnerinnen dargestellt, sind die Besuche und Kontakte zwischen den Bewohnerinnen und ihren Familienmitgliedern von den Angehörigen abhängig, d.h. die Angehörigen sind diejenigen, die über Besuch oder Nicht-Besuch bzw. über die Dauer der Besuche entscheiden. Die Bewohnerinnen selbst haben diesbezüglich wenig bis kaum Entscheidungsgewalt und stehen folglich in einer Art von Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Angehörigen. Um das wenige, was die Bewohnerinnen an Kontakt und Beziehung zu ihren Familien haben, nicht zu riskieren und eventuell zu verlieren, werden die eigenen Ansprüche herabgesetzt und sie begnügen sich mit dem, was sie haben bzw. was ihnen angeboten wird. Ein Fordern nach mehr oder intensiverem Kontakt könnte einen Rückzug der Angehörigen zur Folge haben. Die Aussage „Darf mich wirklich nicht beklagen“ der Bewohnerin erscheint so als logische Konsequenz dieser latent vorhandenen Sorge, die wenigen Kontakte zur Familie weiter reduziert zu sehen.

Auch andere Aussagen der Bewohnerinnen zeugen von dieser Sorge, den Kontakt zu den Angehörigen zu verlieren:

„Also dann kommt sie [Anm.: die Tochter] zwei Mal in der Woche, das ist, wenn man da so hört, da kommen manche gar nicht, also das ist ... sehr schön. Also das würde für mich furchtbar sein, wenn sie nicht kommt.“ (Int. 6, Z. 189-191)

Die Bewohnerin vergleicht ihre Situation mit der anderer BewohnerInnen und schätzt sich dann glücklich, da andere in ähnlicher Situation keinen Besuch ihrer Angehörigen bekommen, sie selbst jedoch zwei Mal pro Woche von ihrer Tochter besucht wird. Die Bewohnerin stellt jedoch keinen Vergleich her mit Bewohnerinnen, deren Angehörige häufiger auf Besuch kommen als ihre Tochter. Die Selektion der Vergleichsgröße dient der Bewohnerin dazu, die kognitive Dissonanz zu verringern: Da sie keinen Einfluss darauf hat, die Besuchsfrequenz zu erhöhen, muss sie ihre Einstellung ändern, um mit dem unangenehmen Gefühl des „Zu-wenig-besucht-Werdens“ umgehen zu können. Am besten funktioniert diese Änderung der Einstellung durch eine Veränderung der Vergleichsgröße: In diesem Fall vergleicht die Bewohnerin sich selbst mit anderen Bewohnerinnen mit Kindern, welche ihre Angehörigen im Pflegeheim wenig oder gar nicht besuchen kommen.

Durch diesen Vergleich erscheinen der Bewohnerin die zweimal pro Woche stattfindenden Besuche der Tochter als sehr häufig: Sie sucht eine Weile nach den passenden Worten und beschreibt die Besuchsfrequenz dann als „sehr schön“.

3.3.2.3 Bescheidenheit/Genügsamkeit – „ich brauch’ ja nichts“

In den Gesprächen betonen die Bewohnerinnen sehr häufig, wie wenig sie selbst zum Leben bzw. zur eigenen Zufriedenheit brauchen. Dabei wird sehr oft die Formulierung „Ich brauch’ ja nichts“ verwendet – die Bewohnerinnen benutzen sie, um ihre Bescheidenheit und Genügsamkeit in unterschiedlichsten Bereichen darzustellen: Neben der Genügsamkeit betreffend der Auswahl der Speisen oder dem Angebot an (Gruppen)Aktivitäten wird gerade im Bereich der Kontakte zu Angehörigen von den Bewohnerinnen häufig eine bescheidene Haltung gezeigt. Dieses auffällig hohe Maß an Bescheidenheit und Genügsamkeit wird in Abb. 7 (vgl. 3.3) auch graphisch dargestellt.

Eine Bewohnerin berichtet von den Kontakten zu ihrer Tochter: Die Tochter besucht ihre Mutter mehrmals wöchentlich im Pflegeheim und obwohl sich die Bewohnerin über die Besuche ihrer Tochter freut, schlägt sie ihrer Tochter immer wieder vor, doch nach Hause zu gehen um die dort anfallende Arbeit zu erledigen:

„Ah, die [Anm.: die jüngere Tochter] kommt auch mindestens zwei Mal. Ich verlang’s nicht, ich sag’ ihr: ‚Schau, du musst heim. Du hast ja daheim auch eine Arbeit. Und die Wohnung macht Arbeit.‘ Nein, mein Gott.“ (Int. 7, Z. 148-150)

Mit der Aussage „Ich verlang’s nicht“ verdeutlicht die Bewohnerin, dass die Besuche durch die Tochter freiwillig erfolgen, und dass sie selbst auf die Besuchshäufigkeit der Tochter nur bedingt Einfluss hat. Sie weiß, dass die Tochter mit ihrem Beruf und dem Haushalt viel zu tun hat – die Zeit, die die Tochter mit ihr im Pflegeheim verbringt, fehlt ihr folglich für die Erledigung ihrer Pflichten. Die Tatsache, dass sich die Bewohnerin über die Besuche der Tochter sehr freut, bleibt in diesem Zusammenhang unerwähnt: Die Bedürfnisse der Tochter scheinen für die

Bewohnerin in diesem Falle bedeutender zu sein als ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse.

An anderer Stelle erzählt die Bewohnerin von der Bereitschaft einer ihrer Töchter, ihr alles, was sie brauchen könnte, ins Pflegeheim zu bringen bzw. ihre Wünsche zu ermöglichen. Sie streicht dabei hervor, dass sie – entgegen den Erwartungen der Tochter – nichts benötigt:

„Die Ältere [Anm.: Tochter] ist furchtbar, eigentlich: [...] ‚Brauchst was?’ Und immer! Da würd’ ich alles kriegen, aber: Ich brauchs ja nicht. Für wen?“ (Int. 7, Z. 122-124)

Die Bewohnerin bekräftigt an einigen Stellen des Interviews, dass ihre Töchter sie gerne im Pflegeheim besuchen und dabei danach trachten, der Mutter ihre Wünsche zu erfüllen. Die Bewohnerin antwortet auf die Fragen ihrer Töchter nach ihren Bedürfnissen stets mit: „Ich brauch’ ja nichts.“

„Ja, die [Anm.: die Töchter] kommen gerne, wirklich. Und so auch: ‚Brauchst du was?’ Aber ich brauch’ ja nichts. Nein, nein.“ (Int. 7, Z. 152-153)

Betrachtet man „nichts zu brauchen“ als Zustand des Fernseins unerfüllter Wünsche, hieße das, dass alle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerin zur vollsten Zufriedenheit erfüllt sind. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass dies bei allen Bewohnerinnen, die „nichts brauchen“, der Fall ist. Viel eher stammen Aussagen wie „Ich brauch’ ja nichts“ aus als tugendhaft angesehenen Charakterzügen wie Bescheidenheit und Genügsamkeit: Werte, welche in der Erziehung der Bewohnerinnen in ihrer Kindheit und Jugend eine bedeutende Rolle gespielt haben, und wonach die Frauen nach wie vor leben. Auch der christliche Glaube, in dem Bescheidenheit, Demut und Verzicht zentrale Themen sind, hat einen bedeutenden Einfluss auf den Umgang der Bewohnerinnen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen.

Hinter einigen der „Ich brauch’ ja nichts“-Aussagen mancher Bewohnerinnen kann man folglich eine Haltung vermuten, die am besten mit „Ich darf mir nichts wünschen“ bezeichnet werden kann. Das Demütige und beinahe Unterwürfige der „Ich darf mir nichts wünschen“-Haltung wirkt durch die Aussage „Ich brauch’ ja nichts“ weniger hart – in den Vordergrund rückt die scheinbar selbst getroffene Entscheidung der Bewohnerin bezüglich ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse, selbst wenn die Aussage hinter der Botschaft der „Ich darf mir nichts wünschen“-Haltung entspringt.

Eine Aussage einer Bewohnerin bezüglich der Mitbringsel ihrer Tochter soll dies verdeutlichen:

*„Da bringt sie [Anm.: die Tochter] mir immer was, was hat sie mir jetzt wieder gebracht? Blumen. Obwohl ich sag: ‚Brauchst nicht, die Blumen!‘
‚Nein, du musst Blumen auch haben!‘“ (Int. 7, Z. 121-122)*

In diesem Textbeispiel beschreibt die Bewohnerin, dass ihre Tochter ihr – trotz ihres Widerspruchs – Blumen ins Pflegeheim bringt, da sie meint, ihre Mutter müsse Blumen haben. Auffallend in diesem Zitat ist, dass die Bewohnerin nicht sagt, dass sie keine Blumen mag, sondern dass sie sie nicht brauche. Auch wenn sie sich möglicherweise über Blumen auf ihrem Tisch im Zimmer freut, bringt sie mit ihrer Aussage die bescheidene „Ich brauch’ ja nichts“-Haltung zum Ausdruck.

In den Gesprächen wird oftmals deutlich, dass die Bewohnerinnen dazu tendieren, ihre Bedürfnisse den Gegebenheiten anzupassen, um Enttäuschungen und unerfüllte Wünsche zu vermeiden. Dieses Anpassen der eigenen Bedürfnisse an die Umgebung geschieht in unterschiedlichen Bereichen: Am deutlichsten werden diese Adaptierungen im Bereich der Erwartungen an die Kontakte mit ihren Angehörigen spürbar [vgl. dazu 3.3.1.1 d) eher seltener familiärer Kontakt und Ambivalenz: „nur alleweil Sonntag“].

3.4 Zusammenfassung und Diskussion

Die Bewohnerinnen des Alten- bzw. Pflegeheims, an welchem die Untersuchung durchgeführt wurde, unterhalten verschiedene soziale Kontakte: Der Großteil der Kontakte ist den familiären Beziehungen zuzurechnen, daneben existieren Kontakte zu MitbewohnerInnen, FreundInnen und Pflegenden, ferner zu Ärztinnen und Ärzten. Soziale Kontakte im Alters- bzw. Pflegeheim sind für die Bewohnerinnen von großer Bedeutung, wobei verschiedene Kontakte unterschiedliche Bedürfnisse befriedigen. Die Bewohnerinnen schildern jedoch auch Schwierigkeiten und Hindernisse, die sie im Alters- bzw. Pflegeheim in der Pflege ihrer bestehenden und im Knüpfen neuer Kontakte erleben.

Im Hinblick auf die beiden Forschungsfragen folgt an dieser Stelle ein kurzer Überblick über die diversen sozialen Kontakte der Bewohnerinnen im Alters- bzw. Pflegeheim und die erlebten Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung bestehender und der Entwicklung neuer Kontakte:

Kontakte zur Familie stellen die wichtigste Gruppe an Kontakten für die Bewohnerinnen dar. Für die Bewohnerinnen, deren Ehepartner in den meisten Fällen bereits verstorben sind, sind dabei vor allem die Beziehungen zu den Kindern und Enkelkindern bzw. zu deren (Ehe)Partnern, ferner die Beziehungen zu den Urenkelkindern von Bedeutung. Kontakte zu Angehörigen, die nicht der direkten Linie angehören (z.B. Cousinsen oder Nichten/Neffen), sind wesentlich seltener und werden daher von den Bewohnerinnen als weniger wichtig bewertet. Besuche der Angehörigen bei den pflegebedürftigen Verwandten im Pflegeheim stellen eine häufige Form des Kontakts dar. In einigen der untersuchten Fälle findet zwischen den Familienmitgliedern auch ein regelmäßiger, manchmal mehrmals täglicher Austausch via Telefon statt. Dabei stehen für die Bewohnerinnen das In-Verbindung-Bleiben mit der Familie und das Teilnehmen am Leben der Angehörigen und am Leben außerhalb des Heims im Vordergrund. Kontakte zu den Angehörigen, auch wenn diese selten stattfinden, erfüllen für die Bewohnerinnen wichtige Funktionen: Die Bewohnerinnen erfahren ein Gefühl der Gemeinschaft und der Zugehörigkeit, sie erleben Wertschätzung und haben die Möglichkeit, jederzeit Beschwerden äußern zu können und ernst genommen zu werden.

Ähnliche Funktionen erfüllen die Kontakte zu FreundInnen der Bewohnerinnen: Langjährige FreundInnen bringen den Bewohnerinnen ein tiefes Verständnis entgegen, sie vermitteln den Bewohnerinnen ein Gefühl der Sicherheit, da sie zur Stelle sind, wenn die Bewohnerinnen Unterstützung oder Hilfe brauchen bzw. wenn kleine Erledigungen zu tätigen sind. Eigene körperliche/gesundheitliche Einschränkungen der FreundInnen, die meist im selben Alter wie die Bewohnerinnen sind, machen regelmäßige Besuche aber oft nicht oder nur selten möglich. Neben den gesundheitlichen Problemen der FreundInnen, welche einen häufigen persönlichen Kontakt unmöglich machen, ist auch durch den Tod der FreundInnen eine starke Verringerung der Anzahl freundschaftlicher Kontakte von den Bewohnerinnen des Pflegeheims zu verzeichnen. Die Bewohnerinnen gehen mit diesen Verlusten um, indem sie schöne Erinnerungen an die gemeinsam verbrachte Zeit, an gemeinsame Ausflüge und Erlebnisse, wach halten.

Die Kontakte zu ihren MitbewohnerInnen werden von den Frauen ambivalent erlebt, wobei hierbei zwischen Kontakten zu Zimmerkolleginnen und Kontakten zu anderen BewohnerInnen derselben Station zu differenzieren ist. Mit Zimmerkolleginnen versuchen Bewohnerinnen eines Doppelzimmers ein harmonisches Miteinander zu erreichen: Bestehen zwischen den beiden Zimmerkolleginnen keine oder nur wenig Gemeinsamkeiten, so findet nur wenig Kommunikation zwischen ihnen beiden statt. Der Schwerpunkt der Interaktion zwischen Bewohnerinnen eines Doppelzimmers liegt in der Auswahl des Fernsehprogramms, einer Entscheidung, die beide Bewohnerinnen in gleicher Weise betrifft. Bewohnerinnen von Einzelzimmern schätzen ihre Freiheit, zwischen Ruhe und Selbstbeschäftigung im eigenen Zimmer und Aktivitäten in der Gemeinschaft in den Sozial- und Gruppenräumen wählen zu können. Der Kontakt zu anderen BewohnerInnen hat oft ein deutliches Abgrenzen der eigenen Person von den MitbewohnerInnen zur Folge. Sei es aufgrund von Gefühlen von Ekel und Abscheu während den Essenssituationen, aufgrund von Unverständnis für die Haltungen und Einstellungen mancher BewohnerInnen zu der Qualität des Essens und der Pflege oder aufgrund physischer und/oder psychischer Einschränkungen der MitbewohnerInnen: Für die Bewohnerinnen ist die Abgrenzung von anderen BewohnerInnen ein wichtiges Instrument zur Wahrung des Selbstwertes in einer Umgebung, in der alle BewohnerInnen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Die persönlichen Kontakte der Bewohnerinnen zum Heimpersonal, zu Pflegenden und zu Ärztinnen/Ärzten, sind zeitlich stark eingeschränkt. Diese Kontakte, bei denen keine pflegerische/medizinische Handlung, sondern das persönliche Gespräch im Vordergrund steht, sind für die Bewohnerinnen jedoch von großer Bedeutung, da sie eine willkommene Ablenkung vom Alltag im Pflegeheim darstellen und das Vertrauen zwischen den Bewohnerinnen und dem Heimpersonal stärken. Pflegepersonen, die bereits seit längerer Zeit die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen inne haben, werden von den Bewohnerinnen als konstante Bezugspersonen wahrgenommen. Die Bewohnerinnen sind sich jedoch bewusst, dass das Pflegepersonal wenig Zeitressourcen für derartige Beziehungspflege in Form von persönlichen Gesprächen hat; umso mehr schätzen sie die Zeit, welche die Pflegenden ihnen persönlich widmen.

Selbst wenn die Bewohnerinnen laufend Kontakte zu Familienangehörigen, FreundInnen o.a. pflegen, können Gefühle von Einsamkeit auftreten. Die Bewohnerinnen sprechen diese nur ungern an, stattdessen heben sie in den Interviews ihre Möglichkeiten hervor, sich selbstständig alleine beschäftigen zu können. Eine Bewohnerin äußert den Wunsch und die Sehnsucht nach jemandem, mit dem sie ihre Gefühle teilen kann und dessen Nähe sie auch körperlich spüren kann. Diesen Gefühlen von Einsamkeit können Familien- und andere Kontakte im Pflegeheim nur bedingt entgegenwirken. Die Gefahr, durch ein Äußern des Bedürfnisses nach mehr Kontakt diejenigen zu enttäuschen, die ohnehin auf Besuch kommen, und dadurch möglicherweise eine Veränderung des Kontakts zu provozieren, lässt die Bewohnerinnen ihre Bedürfnisse nach mehr Nähe und ihre Gefühle von Einsamkeit für sich behalten.

Eine weitere Ursache dafür, dass die Bewohnerinnen ihre Bedürfnisse betreffend der Anzahl oder der Intensität der Kontakte selten oder kaum kommunizieren, mag in der bescheidenen Haltung der Frauen begründet liegen. Bescheidenheit und Demut sind Tugenden, welche in der Erziehung der Bewohnerinnen eine bedeutende Rolle gespielt haben – die genügsame, bescheidene Haltung ist selbst im hohen Alter stark verinnerlicht. Das hohe Maß an Bescheidenheit bzw. Genügsamkeit kommt in den Interviews sehr häufig zum Ausdruck: In den Gesprächen verwenden die Frauen sehr häufig die Formulierung „Ich brauch’ ja nichts“ und erwecken dadurch den

Eindruck, keine offenen Wünsche oder unbefriedigten Bedürfnisse zu haben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Wünsche oder Bedürfnisse sehr wohl existieren, von Seiten der Bewohnerinnen jedoch nicht geäußert werden – sei es aufgrund einer anerzogenen bescheidenen Haltung, nach welcher die Bedürfnisse der anderen über die eigenen gereicht werden, oder aufgrund der Sorge, durch die Äußerung eigener Wünsche (z.B. bezüglich der Anzahl der familiären Kontakte) Zurückweisung und Ablehnung zu erfahren.

Weitere Faktoren, welche die Pflege bzw. das Entstehen sozialer Beziehungen im Alters- bzw. Pflegeheim für die Bewohnerinnen erschweren, sind neben gesundheitlichen Einschränkungen, Gefühlen von Abscheu und Ekel und den verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen der Bewohnerinnen mit daraus resultierenden unterschiedlichen Erwartungen an die MitbewohnerInnen und Angehörigen auch in baulichen bzw. die Hausordnung der Einrichtung betreffenden Rahmenbedingungen zu finden. Die Bewohnerinnen schildern ihre erlebten Schwierigkeiten, innerhalb der Einrichtung mit anderen BewohnerInnen in Kontakt zu kommen: Die Aufenthaltsräume sind groß und stets einsichtig, an passenden Räumlichkeiten zur Begegnung, in denen persönliche Kontakte möglichst ohne Einschränkung der Privatsphäre möglich sind, mangelt es. Die Schaffung von Nischen in den Aufenthaltsräumen oder stationsübergreifende Begegnungsräume könnten dem Knüpfen neuer Kontakte und der Pflege bestehender Beziehungen im Alters- oder Pflegeheim positiv entgegenwirken.

In Hinblick auf die erste der beiden Forschungsfragen dieser Arbeit lässt sich zusammenfassen, dass die Bewohnerinnen des Alters- bzw. Pflegeheims verschiedene Kontakte pflegen, wobei die Kontakte jeweils andere Funktionen erfüllen und dementsprechend unterschiedlich erlebt werden: Kontakte zur Familie stellen die für die Bewohnerinnen bedeutendste Gruppe an Kontakten dar; Kontakte zur Familie ermöglichen es ihnen, an ihrem früheren Leben außerhalb des Heims anzuknüpfen, sich als Teil eines sozialen Verbandes zu fühlen und Vertrauen, Unterstützung und (Für-)Sorge zu erfahren. Kontakte zu FreundInnen sind für die Bewohnerinnen aufgrund der Verringerung dieser Kontaktgruppe durch den Tod der FreundInnen von geringerer Bedeutung als Kontakte zur Familie, wobei es unter diesen Kontaktgruppen auch zu Überschneidungen kommen kann, etwa wenn enge

FreundInnen als zur Familie gehörig betrachtet werden. FreundInnen stellen für die Bewohnerinnen einen persönlichen Zuspruch dar, d.h. sie sind wichtige AnsprechpartnerInnen, sie bringen den Bewohnerinnen Wertschätzung und Anerkennung entgegen und zeigen Interesse am Leben ihrer im Heim lebenden Freundinnen. Kontakte zu MitbewohnerInnen werden von den Bewohnerinnen ambivalent erlebt, wobei hier zwischen Bewohnerinnen in Einzel- und Zweibettzimmern zu unterscheiden ist: Bewohnerinnen, die in Einzelzimmern leben, schätzen die Abwechslung zwischen Alleine-Sein bzw. Selbstbeschäftigung im Zimmer und selektiver Gruppenaktivität in den Gemeinschaftsräumen; Sozialkontakte zu MitbewohnerInnen werden aufgrund der Freiwilligkeit der Begegnungen zumeist positiv erlebt. Bewohnerinnen von Zweibettzimmern hingegen sind rund um die Uhr im Kontakt mit anderen BewohnerInnen, wodurch Unstimmigkeiten und Konflikte wesentlich häufiger zu Tage treten. Von höherer Bedeutung als die Kontakte zu MitbewohnerInnen sind für die Bewohnerinnen die Kontakte zum Heimpersonal, d.h. zu Pflegenden, zu Ärztinnen und Ärzten des Heims. Gerade Pflegende, die über längere Zeit hinweg die Pflege der Bewohnerinnen begleiten, können zu wichtigen Bezugspersonen für die Bewohnerinnen werden. Kontakte zu diesen Pflegepersonen bedeuten für die Bewohnerinnen Abwechslung im Pflegealltag und vermitteln ihnen Wertschätzung und Gefühle des Angenommen-Seins.

Die zweite Forschungsfrage, die sich mit den Schwierigkeiten befasst, in einem Alters- bzw. Pflegeheim bestehende Kontakte aufrechtzuerhalten bzw. neue Kontakte zu knüpfen, lässt sich aus den Ergebnissen der Untersuchung wie folgt zusammenfassen: Die meisten bereits aus der Zeit vor dem Heimeintritt bestehenden Kontakte, welche die Bewohnerinnen im Alters- bzw. Pflegeheim zur Familie oder zu FreundInnen pflegen, bestehen aus Sicht der Bewohnerinnen nach wie vor; die Möglichkeit zu telefonieren, im Heim Besuche zu empfangen bzw. mit Fahrtendiensten selbst Besuche zu tätigen, unterstützen die Aufrechterhaltung der Kontakte. In einigen Fällen ist der Kontakt zu Familie oder FreundInnen sehr rar geworden, die Bewohnerinnen vermuten dahinter mangelndes Interesse am Kontakt mit ihnen bzw. eine generelle Abwendung von den Themen „Krankheit“ und „Altersheim“. Weiters können gesundheitliche Einschränkungen, berufliche oder familiäre Verpflichtungen oder der Tod der KontaktpartnerInnen eine

Aufrechterhaltung des Kontakts erschweren bzw. unmöglich machen. Das Knüpfen neuer Kontakte im Alters- bzw. Pflegeheim fällt den Bewohnerinnen schwer, da sie sich zum einen stark von ihren MitbewohnerInnen abgrenzen und einen Großteil der MitbewohnerInnen als KontaktpartnerInnen ablehnen, und da zum anderen die baulichen bzw. organisatorischen Rahmenbedingungen ein Kennenlernen und Einander-Näherkommen erschweren. Die Abgrenzung und Ablehnung resultiert aus der von den Bewohnerinnen empfundenen Unfreundlichkeit, Überheblichkeit oder Passivität der MitbewohnerInnen, aus dementiellen Erkrankungen oder aus Gefühlen von Abscheu und Ekel den MitbewohnerInnen gegenüber. Bauliche oder organisatorische Rahmenbedingungen, die das Knüpfen neuer Kontakte erschweren, liegen für die Bewohnerinnen etwa in den großen Aufenthaltsräumen und langen Gängen des Hauses, in welchen aufgrund der Weiträumigkeit und Einsehbarkeit kein persönlicher Kontakt entstehen kann.

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse dieser Untersuchung, die einzelne Fallbeispiele beschreibt und nicht repräsentativ für die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Alters- oder Pflegeheimen zu sehen ist, mit den mittels unterschiedlicher Methoden zur Datenerhebung und -auswertung erhobenen Ergebnissen anderer Studien verglichen.

Die Bewohnerinnen dieser Untersuchung beschreiben den Kontakt zu ihren Kindern (und gegebenenfalls auch zu den Enkelkindern) als den engsten, vertrautesten Kontakt zur Zeit der Befragung. Das mag wohl zum einen daran liegen, dass die Ehepartner der Bewohnerinnen in den meisten Fällen bereits verstorben sind und dass Freundschaften durch den Tod der FreundInnen enden, zum anderen decken sich diese Ergebnisse mit den Resultaten einer deutschen Studie, welche intergenerative Beziehungen untersucht hat.²⁴⁶ Dabei wurden allgemein die Beziehungen zwischen den Generationen betrachtet – intergenerative Beziehungen, bei denen ein Part in einer stationären Einrichtung lebt, wurden nicht explizit untersucht, dennoch sind die Ergebnisse der Studie auch für diese Familien umzulegen: Die Untersuchungen haben ergeben, dass intergenerative Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern eng bzw. sehr eng erlebt werden. Daten aus Deutschland Mitte der 90er Jahre sprechen von einem Drittel der 40-85-

²⁴⁶ vgl. Szydlik (2000), S. 105ff

Jährigen, welche die Beziehung zu ihren Eltern als sehr eng bezeichnen, bei Befragung der Eltern geben 60% ein sehr enges Verhältnis zu ihren erwachsenen Kindern an. Dabei ist auffällig, dass Frauen deutlich häufiger als Männer von sehr engen Kontakten zu ihren Verwandten berichten. Ihnen fällt daher im Bereich des Erhalts und der Pflege familiärer Beziehungen eine große Bedeutung zu. Sie übernehmen die Rolle des „kinkeeper“²⁴⁷, der familialen Integrationsfigur, in der Familie.²⁴⁸

Mit zunehmendem Alter lässt sich eine leichte Zunahme des familiären Verbundenheitsgefühls erkennen. Ältere Untersuchungsteilnehmer geben sowohl zu ihren Eltern als auch zu ihren erwachsenen Kindern eine höhere Anzahl an engen Beziehungen an als jüngere Untersuchungsteilnehmer.²⁴⁹ Bertram sieht diese Vertrautheit zwischen Eltern und Kindern allerdings in allen Altersgruppen bestätigt: Durch die „vertraute und enge Bindung zwischen Eltern und Kindern“ sind „die Kinder für Eltern nach dem eigenen Partner die wichtigsten Gesprächspartner für persönliche Angelegenheiten“.²⁵⁰ Fallen die (Ehe)Partner durch Tod oder Scheidung weg, nehmen – wie in der Untersuchung an dem Wiener Altersheim – die Kinder (und eventuell die Enkelkinder) diese Position der wichtigsten Vertrauensperson bzw. des bedeutendsten Gesprächspartners ein.

Zu den Kontakthäufigkeiten zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern gibt es eine Vielzahl an Studien aus unterschiedlichen Perspektiven. So wurden beispielsweise im deutschen Alters-Survey die Kontakthäufigkeiten zwischen den Generationen erhoben: Demnach haben 85% der Eltern mindestens einmal pro Woche Kontakt zu ihren erwachsenen, nicht im selben Haushalt wohnenden Kindern (beinahe die Hälfte davon haben täglichen Kontakt), bei den erwachsenen Kindern in Bezug zu ihren Eltern geben 75% mindestens wöchentlichen Kontakt an (davon knapp ein Drittel täglich). Wie auch bei der Beziehungsenge sind bei Frauen höhere Kontakthäufigkeiten zu verzeichnen als bei Männern. Auch im Vergleich der

²⁴⁷ Frauen erfüllen in Familien oftmals die Funktion der Erhalterin der Bindungen: Sie sind diejenigen, die Telefonanrufe zu Verwandten tätigen, Geburtstagsgeschenke besorgen und Grußkarten versenden. Dies geschieht in gleicher Weise für die eigene (leibliche) Verwandtschaft wie für die Familie des (Ehe)Partners. – vgl. Jerrome (1996), S. 84f

²⁴⁸ vgl. Szydlik (2000), S. 105f

²⁴⁹ vgl. Szydlik (2000), S. 106f

²⁵⁰ Bertram (2000), S. 114

Altersgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Beziehungsebene: Ältere Befragte geben eine höhere Kontakthäufigkeit an als jüngere Befragte.²⁵¹

Diese Daten wurden – wie die zuvor dargestellten – nicht an einem Alters- oder Pflegeheim, sondern in der „Normalbevölkerung“ erhoben. Die Kontakthäufigkeiten familiärer Beziehungen bei Familien, bei denen mindestens ein Mitglied in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe lebt, sind zur Zeit noch sehr wenig erforscht. Untersuchungen an einzelnen Einrichtungen der stationären Altenhilfe, wie beispielsweise die in der Caritas Socialis-Einrichtung²⁵² in Wien oder im Leopold-Spitzer-Heim²⁵³ in Wels durchgeführten Erhebungen, deuten darauf hin, dass nahezu alle in einem Seniorenheim lebenden Menschen noch lebende Angehörige haben und dass ein Großteil der Bewohner auch regelmäßige Besuche von Angehörigen erhält. Wie häufig diese Besuche stattfinden bzw. wie lange Besuche andauern, wurde allerdings nicht erhoben.

Miklantz stellt in ihrer Studie BewohnerInnen von Senioren- und Pflegeheimen gegenüber und kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl im Senioren- als auch im Pflegeheim etwa drei Viertel der BewohnerInnen Gespräche mit Verwandten führen.²⁵⁴ Auffällig ist dabei, dass Kontakte mit Personen außerhalb des Heims über das Telefon und das Schreiben von Briefen bzw. Karten in weitaus höheren Ausmaß von Seniorenheim-BewohnerInnen aufrechterhalten werden als das bei BewohnerInnen von Pflegeheimen der Fall ist, was sich durch die höhere Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen im Pflegeheim erklären lässt. Bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie schreibt keine der Bewohnerinnen des Pflegeheims Briefe oder Karten an die Familie oder an FreundInnen. Selbst das Lesen von Karten, welche die Bewohnerinnen geschickt bekommen, bereitet einigen der Frauen aufgrund ihrer Sehschwäche große Schwierigkeiten.

Ein Faktor, der häufigen Kontakt begünstigt, ist die geographische Nähe zwischen den Kontaktpartnern. Viele Studien belegen den Zusammenhang zwischen räumlicher Nähe und Kontakthäufigkeit: Bei geringer geographischer Distanz ist die

²⁵¹ vgl. Szydlik (2000), S. 110f

²⁵² vgl. Hallwirth-Spörk (2000), S. 197

²⁵³ vgl. Jagsch/Wintgen-Samhaber/Zapotoczky (2005), S. 15

²⁵⁴ vgl. Miklantz (2006), S. 122f

Kontakthäufigkeit zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern wesentlich höher als bei größerer räumlicher Distanz.²⁵⁵ Dies ist auch bei einigen der befragten Bewohnerinnen und ihren Familien festzustellen: Leben die Angehörigen weiter vom Pflegeheim der (Groß)Mutter o.a. entfernt, finden seltener persönliche Kontakte in Form von Besuchen statt.

Obwohl der technische und elektronische Fortschritt (v.a. im Bereich der medialen Datenübertragung) einen Erhalt enger Familienbeziehungen über weitere Entfernungen hinweg erleichtert, haben laut Brannen et al. weit voneinander entfernt wohnende Familienmitglieder oftmals weniger starke affektive Bindungen zueinander.²⁵⁶ Zu einem anderen Ergebnis kommen Bengtson et al.: „We find that proximity is highly correlated with two major indices of family interaction – association and exchange – but is minimally correlated with affect.“²⁵⁷ Auch für die Bewohnerinnen des Pflegeheims in dieser Untersuchung trifft zu, dass ihre Beziehungen zu Verwandten, die in einiger Entfernung von ihnen leben und mit denen es folglich weniger Kontakt in Form von Besuchen gibt, nicht zwangsweise weniger liebevoll oder herzlich sind als jene Beziehungen, bei denen es sehr häufige Besuche gibt. Viel eher tragen persönliche Eigenschaften und der Wunsch bzw. das Bedürfnis nach Kontakt dazu bei, wie herzlich oder innig eine familiäre Bindung ist bzw. erlebt wird.

Soziale Kontakte und Beziehungen zu Angehörigen und FreundInnen haben einen hohen Einfluss auf das subjektive Wohlfinden. Klingefeld konnte in seiner Studie die Bedeutung von Kontakten für die Lebenszufriedenheit von HeimbewohnerInnen zeigen: Auf die Frage „Was gibt Ihnen Lebenszufriedenheit?“ wurde als häufigste Antwort (von knapp mehr als der Hälfte der Befragten) „Kontakte“ genannt, gefolgt von „Freundlichem Personal“ (40%) und „Guter ärztlicher Versorgung“ (28%) (Mehrfachantworten waren möglich).²⁵⁸ Bei der Frage nach den Beeinträchtigungen der Lebenszufriedenheit nannten 46% der befragten HeimbewohnerInnen den/die ZimmernachbarIn und weitere 32% andere MitbewohnerInnen. Schlechte Gesundheit wurde erst an dritter Stelle genannt (26%).²⁵⁹ Diese scheinbare

²⁵⁵ vgl. z.B. Brannen et al. (2004), S. 180f

²⁵⁶ vgl. Brannen et al. (2004), S. 183

²⁵⁷ Bengtson/Mangen (1988), S. 225

²⁵⁸ vgl. Klingefeld (1999), S. 134f

²⁵⁹ vgl. Klingefeld (1999), S. 135

Diskrepanz, dass Kontakte zum einen einen bedeutenden Aspekt für Lebenszufriedenheit darstellen, zum anderen aber andere Bewohner als der Hauptgrund für Beeinträchtigungen in der Lebenszufriedenheit betrachtet werden, lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass der Begriff „Kontakte“ nicht weiter in Familienangehörige, FreundInnen/Bekannte und MitbewohnerInnen unterteilt war, sodass bei einer Frage der Fokus der Befragten auf den Kontakten zu Angehörigen, bei der zweiten Frage auf den eher als negativ erlebten Kontakten, in diesem Fall auf den Kontakten zu ZimmerkollegInnen bzw. MitbewohnerInnen, lag. Unter den Nennungen zu den Beeinträchtigungen der Lebenszufriedenheit im Heim gab knapp mehr als ein Fünftel (22%) der Befragten an, gar keine Störung ihrer Lebenszufriedenheit zu empfinden.²⁶⁰

Die Familie und der Kontakt zu den Angehörigen scheinen von hoher Wichtigkeit für die BewohnerInnen des Heims zu sein, dennoch lehnten in der Studie von Klingefeld 34% der Befragten vermehrten Familienbesuch ab.²⁶¹ Auch in der im Zuge dieser Arbeit durchgeführten empirischen Studie erklären sich die Bewohnerinnen mit der Häufigkeit der Besuche durch ihre Angehörigen zufrieden und geben zum Teil an, keinen zusätzlichen bzw. häufigeren Besuch zu wollen. Trotzdem äußern die Bewohnerinnen an anderer Stelle in den Gesprächen häufig den Wunsch nach mehr Nähe und Kontakt. Diese Einstellung der Bewohnerinnen, ihre Bedürfnisse für sich zu behalten, könnte aus der Angst resultieren, aufgrund des Äußerns ihrer Wünsche ihren Angehörigen gegenüber einen fordernden und unverschämten Eindruck zu hinterlassen und dadurch die wenigen vorhandenen Kontakte zu riskieren bzw. gegebenenfalls zu verlieren.

Einsamkeit ist Studien zufolge jedoch kein Thema, das speziell alte Menschen im Alters- bzw. Pflegeheim betrifft. Laut Daten der Berliner Altersstudie aus den Jahren 1990 – 1993 lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Leben im Heim und Einsamkeit festmachen. D.h., dass diejenigen Befragten, welche in Heimen wohnten, nicht signifikant häufiger von Einsamkeit berichteten als diejenigen, die in Privathaushalten wohnten. Genauso wenig konnte eine Korrelation zwischen Alter und Einsamkeit festgestellt werden. Das Geschlecht scheint jedoch sehr wohl eine

²⁶⁰ vgl. Klingefeld (1999), S. 135

²⁶¹ vgl. Klingefeld (1999), S. 106f

beeinflussende Variable zu sein: Frauen weisen signifikant höhere Einsamkeitswerte auf, unabhängig jedoch vom Partner- oder Elternstatus.²⁶²

²⁶² vgl. Wagner (1997), S. 132f

4 RESÜMEE

Neben Bevölkerungswachstum und steigender Lebenserwartung spielt auch die unzureichende Versorgung alter, pflegedürftige Menschen durch „integrated chronic care networks“²⁶³, also Netzwerke zur integrierten Pflege und Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, eine bedeutende Rolle in der Steigerung der Wichtigkeit von Fragen, die sich mit Alter, (chronischer) Krankheit und Versorgung der alten, (chronisch) kranken Bevölkerung beschäftigen.

Da die Zahl der älteren Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe stetig zunehmen wird, ist auch das Thema der Sozialkontakte im Alters- und Pflegeheim ein aktuelles und relevantes. Sozialkontakte haben einen direkten Einfluss auf die subjektive Lebenszufriedenheit des Menschen; sie erfüllen jedoch noch weitere wichtige Funktionen für die Menschen, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben: Soziale Kontakte vermitteln Wertschätzung und Anerkennung, stärken das Selbstbild, geben ein Gefühl von Sicherheit und halten die älteren Menschen im Alters- oder Pflegeheim wach und aktiv. Weiters knüpfen die BewohnerInnen mittels Kontakten zur Familie und zu FreundInnen an ihr „altes“ Leben an und halten dadurch Verbindung zur „Außenwelt“. Kontakte zu MitbewohnerInnen und dem Heimpersonal können diese Funktionen nur eingeschränkt erfüllen, die Wichtigkeit familiärer Kontakte und auch von Kontakten zu FreundInnen konnte durch die Untersuchung im empirischen Teil dieser Arbeit erneut bestätigt werden.

Die Familie und die FreundInnen des älteren Menschen im Alters- bzw. Pflegeheim – also das soziale Umfeld, mit dem der Mensch vor seiner zunehmenden Pflegebedürftigkeit und Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung verbunden war – gilt es folglich, in den Heimalltag bestmöglich zu integrieren. Die Wichtigkeit dieses Schrittes ist unumstritten – für die Integration der Familie in die (stationäre) Pflege wurden auch bereits neue Pflegekonzepte, wie beispielsweise die Relationship-centered Care, entwickelt. Dennoch schreitet die Umsetzung dieser Ideen und Konzepte in manchen Einrichtungen der stationären Altenhilfe nur sehr langsam voran. Schnelle und Reuben haben einige der akuten Probleme von Krankenhäusern,

²⁶³ Schnelle/Reuben (1999), S. 168

Alten- und Pflegeheimen zusammengefasst, welche die Umsetzung neuer Pflegekonzepte erschweren:²⁶⁴

Zum einen steht einer geringen Anzahl an Pflegepersonen eine weitaus größere Anzahl an PatientInnen gegenüber, wodurch das Zeitkontingent, welches für jede/n BewohnerIn zur Verfügung steht, auf ein Minimum reduziert wird. In dieser kurzen Zeit müssen alle pflegerischen Aufgaben des Tages erbracht werden, für individuelle Einzelbetreuung bleibt selten Zeit. Gerade durch diese Routine und den Zeitmangel der Pflegenden werden unbewusst Handlungen gesetzt, die den Patienten zur verstärkten Abhängigkeit führen.²⁶⁵ Ein biographisches Arbeiten mit dem/der BewohnerIn und/oder ausführliche Gespräche gemeinsam mit dem/der BewohnerIn und seinen/ihren Angehörigen zur Entwicklung einer individuellen Aufteilung der Pflege und Betreuung zwischen Angehörigen und Pflegenden sind in dieser spärlich zur Verfügung stehenden Zeit selten bzw. nur mit Unterbrechungen möglich.

Zum anderen werden gerade in der Altenpflege die niedrigsten Löhne im Pflegebereich gezahlt, was die Entscheidung heimischer Pflegepersonen hinsichtlich des Arbeitsbereiches, in welchem sie tätig werden bzw. sich spezialisieren möchten, beeinflussen kann. Neben der Entlohnung der Pflegepersonen in der Altenpflege spielen auch Prestige- und Imagegründe eine bedeutende Rolle in der Entscheidung gegen die Arbeit in einem Alters- bzw. Pflegeheim. Der Bedarf an Pflegekräften wird folglich durch den Einsatz ausländischer Krankenschwestern und -pfleger gedeckt, wodurch leichter Sprach- und Verständnisprobleme zwischen Pflegepersonen und PatientInnen/BewohnerInnen auftreten können. Auch aufgrund unterschiedlicher kultureller Hintergründe können Schwierigkeiten in der täglichen Arbeit entstehen.²⁶⁶ Verständigungsprobleme sprachlicher und kultureller Natur zwischen den Pflegenden und den BewohnerInnen bzw. deren/ihren Angehörigen können die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege gemäß neuen Pflegekonzepten hemmen bzw. verhindern.

Schnelle und Reuben beschreiben auch die hohe Personalfuktuation in der Altenpflege. Maßnahmen, die gesetzt werden, um diesem Trend entgegenzusteuern,

²⁶⁴ vgl. Schnelle/Reuben (1999), S. 169ff

²⁶⁵ vgl. Schnelle/Reuben (1999), S. 170

²⁶⁶ vgl. Schnelle/Reuben (1999), S. 169

sind beispielsweise das Angebot von Fort- und Weiterbildungen. Diese Schulungen und Kurse zeigen jedoch wenig Wirkung, da am Ende eines Kurses oftmals nur noch eine geringe Anzahl der Pflegekräfte in der Einrichtung beschäftigt ist.²⁶⁷ Durch die hohe Personalfuktuation verlieren die Einrichtung nicht nur MitarbeiterInnen, die das Haus und interne Abläufe gut kennen, sondern mit ihnen geht den Einrichtungen auch viel Wissen über einzelne BewohnerInnen verloren. Viele Informationen, die Pflegende in persönlichen Gesprächen mit den BewohnerInnen gewinnen, können in der üblichen Pflegedokumentation, wie sie in vielen Einrichtungen geführt wird, nicht niedergeschrieben werden. Dieses Wissen einzelner Pflegender – und damit verbunden die wichtigste Grundlage für biographisches bzw. personen- oder familienorientiertes Arbeiten – geht häufig mit dem Austritt der Pflegenden aus dem Unternehmen verloren.

Ein Ziel in der Pflege muss also sein, familienspezifisches Wissen und Wissen um andere soziale Kontakte des/der einzelnen BewohnerIn zu generieren, dieses Wissen schriftlich festzuhalten und ausgehend von dieser Ausgangslage ein individuelles Pflege- und Betreuungskonzept – möglichst unter Einbindung der Angehörigen bzw. anderer nahestehender Personen – zu entwickeln und umzusetzen. Dadurch kann zum einen gewährleistet werden, dass der Mensch und nicht seine Krankheit im Mittelpunkt der Pflege steht, zum anderen kann eine möglichst umfassende Einbindung aller für den/die Einzelne/n relevanten sozialen Ressourcen in die stationäre Pflege erreicht werden.

Es darf auch nicht vergessen werden, dass der pflegebedürftige Mensch in der stationären Pflegeeinrichtung lebt und wohnt: Sein Zimmer bzw. die Station des Heims stellt daher den derzeitigen Lebensmittelpunkt des Menschen dar. Alle Aktivitäten seines Lebens finden an demselben Ort statt. Umso wichtiger ist es für das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Menschen, dass seine Umwelt nicht nur den Bedürfnissen des Pflege- oder Ärzteteams entspricht, sondern dass es sich um eine Umgebung handelt, in der sich der Mensch wohlfühlen kann. In den meisten Einrichtungen ist es üblich, dass Einzelzimmer relativ frei nach den Wünschen und Vorstellungen des pflegebedürftigen Menschen gestaltet werden können – bei Doppelzimmern ist diese Möglichkeit bereits stark eingeschränkt. Das Gestalten des

²⁶⁷ vgl. Schnelle/Reuben (1999), S. 170

eigenen Zimmers als Lebensraums ist jedoch für die Akzeptanz und Annahme des Pflegeheims als Lebensort²⁶⁸ von hoher Bedeutung. Nach Seidl/Walter tragen folgende Elemente dazu bei, dass das Pflegeheim als Zuhause erlebt werden kann: Sicherheit, Privatsphäre, Wertschätzung und eine möglichst hohe Wahrung der Autonomie und der Wahlfreiheit.²⁶⁹ Dem Pflegepersonal kommt in der Sicherstellung dieser Elemente die größte Bedeutung zu, da sie im direkten, regelmäßigen Kontakt mit dem zu pflegenden Menschen stehen und ihm in den professionellen Interaktionen Gefühle von Sicherheit, Anerkennung und Autonomie vermitteln können.

In dieser Untersuchung wurden die verschiedenen positiven Effekte, die Sozialkontakte auf das psychische Wohlbefinden, die Gesundheit und die Genesung des pflegebedürftigen Menschen haben, beschrieben. Um die positiven Effekte sozialer Kontakte auf den/die einzelne/n BewohnerIn herbeizuführen, bedarf es einiger Rahmenbedingungen: Entgegen der Tendenz, Alten- oder Pflegeheime an den Stadtrand, „ins Grüne“, zu bauen, müssten stationäre Einrichtungen der Altenhilfe zentral errichtet werden, da zum einen eine gute Verkehrsanbindung die Besuche von Angehörigen und FreundInnen im Altersheim begünstigt, zum anderen die unmittelbare Nähe zu Gastronomie, Einkaufsmöglichkeiten und kulturellen Angeboten der Stadt die Anbindung der alten Menschen an ihr früheres „Alltagsleben“ erleichtert. Auch in den Einrichtungen selbst muss darauf geachtet werden, dass BewohnerInnen und deren/ihre Angehörigen die Möglichkeit haben, miteinander ungestört Zeit verbringen zu können. In Doppelzimmern ist dies durch einen mobilen Sichtschutz, eine Art Paravent, zwischen den beiden Betten möglich. In den oft großen Sozial- und Gemeinschaftsräumen können Nischen kleinere Einheiten schaffen, in welche sich BewohnerInnen und ihre Besucher zurückziehen und unbeobachtet miteinander Zeit verbringen können.²⁷⁰ Aber auch von Seiten des Heimpersonals bedarf es Sensibilität dafür, dass Kontakte des/der Bewohners/in für den pflegebedürftigen Menschen von hoher Bedeutung sind. Auch wenn Angehörigenkontakte von Pflegenden mitunter als anstrengend oder ermüdend erlebt werden, tragen diese Sozialkontakte sehr zum psychischen und physischen Wohlbefinden des/r Bewohners/in bei und sind daher nicht nur zu begrüßen, sondern

²⁶⁸ vgl. Kruse/Wahl (1994)

²⁶⁹ vgl. Seidl/Walter (2002), S. 79

²⁷⁰ vgl. Heeg (1994), S. 227f

auch zu unterstützen. Dies kann dadurch geschehen, indem den BewohnerInnen und deren/ihren Angehörigen Zeit und Raum für ungestörte, private Gespräche gegeben wird und indem gegebenenfalls die geplanten Tagesabläufe der BewohnerInnen an die Dauer der Besuche angepasst werden.

Kontakte zwischen BewohnerInnen des Alten- oder Pflegeheims haben für die BewohnerInnen einen wesentlich geringeren Stellenwert als Kontakte zu Familienangehörigen oder FreundInnen. BewohnerInnen scheinen sich von ihren MitbewohnerInnen tendenziell eher abzugrenzen. Miklautz²⁷¹ beschreibt in ihrer Untersuchung zwar eine hohe Anzahl an PflegeheimbewohnerInnen, die angeben, untereinander Gespräche zu führen (wobei sich die Gespräche meist auf das Grüßen am Gang beschränken), Freundschaften zwischen den BewohnerInnen entwickeln sich jedoch sehr selten. Miklautz führt dafür verschiedene Gründe an: Zum einen erschweren eingeschränkte Mobilität und Sinnes- bzw. andere Beeinträchtigungen die Entstehung und Pflege von Freundschaften im Pflegeheim – oftmals sind Kontaktaufnahmen nur mithilfe der Pflegepersonen möglich, in deren straffem Zeitplan oftmals wenig Spielraum für die Befriedigung der sozialen Bedürfnisse der BewohnerInnen übrig bleibt. Zum anderen mussten viele HeimbewohnerInnen, die bereits eine Freundschaft im Heim gepflegt hatten, den Schmerz der Trennung durch die akute Verschlechterung des Gesundheitszustands und infolgedessen der Übersiedlung des/der Freundes/in in ein Krankenhaus erfahren bzw. den Tod desselben/derselben verkraften. Neuerlichen Freundschaften stehen diese BewohnerInnen abwartend bzw. ablehnend gegenüber. An dieser Stelle erhebt sich die Frage, inwiefern vom Pflegepersonal initiierte Gruppenaktivitäten dieser Tendenz entgegenwirken können oder ob derartige Aktivitäten die Ablehnung und Abgrenzung der HeimbewohnerInnen voneinander eher zusätzlich verstärken würden. Die Pflegeforschung hat sich mit dieser Thematik bisher wenig auseinander gesetzt; Untersuchungen, die sich mit Interventionen zur Förderung von Beziehungen zwischen den HeimbewohnerInnen beschäftigen, sind rar. Dennoch soll an dieser Stelle die Wichtigkeit dieser Forschungen hervorgehoben werden, mithilfe derer zum einen das Zusammenleben der BewohnerInnen in Alten- bzw. Pflegeheimen für die Betroffenen befriedigender gestaltet werden kann und zum

²⁷¹ vgl. Miklautz (2006), S. 124 ff

anderen die positiven Effekte der dadurch erhöhten subjektiven Lebenszufriedenheit der BewohnerInnen genützt werden können.

Bezüglich der Kontakte unter HeimbewohnerInnen kamen Seidl/Walter in ihrer Untersuchung an einem Wiener Pflegeheim zu dem Ergebnis, dass BewohnerInnen sich die Möglichkeit wünschen, zwanglos mit ihren MitbewohnerInnen in Kontakt kommen zu können.²⁷² Dabei bedarf es für die BewohnerInnen bestimmter Plätze, an welchen das Entstehen und Pflegen dieser Kontakte freiwillig für alle Beteiligten möglich ist. Dafür würden sich beispielsweise „Räume der Begegnung“ anbieten, welche stationsübergreifend genützt werden könnten und in denen BewohnerInnen etwa die Möglichkeit haben, in einem ungezwungenen Rahmen entweder alleine oder gemeinsam mit anderen BewohnerInnen mit verschiedenen Materialien zu basteln, zu handarbeiten oder verschiedene Gesellschafts- oder Kartenspiele zu spielen.

Für die BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen sind Kontakte zu den Krankenschwestern und -pflegern, den Ärztinnen und Ärzten des Hauses sehr wichtig. Dabei steht für die BewohnerInnen die persönliche Komponente, die Sympathie zwischen ihnen und dem Heimpersonal und die gemeinsame Gesprächsbasis im Vordergrund. Dieser Aspekt der Beziehung zwischen BewohnerInnen und professionell Pflegenden bedarf sicherlich weiterer, intensiverer Auseinandersetzung und Forschung.

Generell bedeuten soziale Kontakte für die BewohnerInnen eines Alters- oder Pflegeheims eine Steigerung des Wohlbefindens und der subjektiven Lebenszufriedenheit. Durch ein dichtes Netz an sozialen Kontakten – wobei familiäre Kontakte von den BewohnerInnen als am bedeutendsten erlebt werden – kann Gefühlen von Einsamkeit in der stationären Altenhilfe bis zu einem gewissen Grad entgegengewirkt werden. Soziale Kontakte – in Form von Besuchen oder Telefonaten – stellen für die BewohnerInnen die Verbindung zur Welt außerhalb des Alters- oder Pflegeheims dar, sie vermitteln Wertschätzung, Vertrauen und Zuneigung und haben somit direkten Einfluss auf das eigene Selbstbild der älteren, pflegebedürftigen Menschen. Die Unterstützung und Förderung dieser wichtigen

²⁷² vgl. Seidl/Walter (2002), S. 79

sozialen Kontakte in stationären Einrichtungen muss daher ein bedeutender Aspekt sowohl in der gegenwärtigen täglichen (Zusammen)Arbeit mit BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen, als auch in der Entwicklung zukünftiger Ideen und Konzepte für die Pflege sein. An zwei Ansätzen muss daher im Alten- bzw. Pflegeheim besonders gearbeitet werden: Zum einen an der bestmöglichen Einbindung und Nutzung der bestehenden sozialen Kontakte der BewohnerInnen, zum anderen an der Erschließung weiterer sozialer Kontakte für die BewohnerInnen.

Ersteres geschieht z.B. im Rahmen der Familien- und umweltbezogenen Pflege, bei der dem Erhalt des Systems Familie in einer stationären Einrichtung eine große Bedeutung zukommt. Die Pflege ist dazu aufgerufen, die Familie und das weitere soziale Netz der BewohnerInnen „mit ins Boot zu holen“, d.h. die Angehörigen sowohl auf einer Handlungs- als auch auf einer emotionalen Ebene in die Pflege bzw. den Pflegealltag zu integrieren.

Die Untersuchung hat jedoch gezeigt, dass die BewohnerInnen in einem Alters- oder Pflegeheim trotz bestehender Kontakte zu Familie, FreundInnen, MitbewohnerInnen und dem Heimpersonal Einsamkeit erleben. Bezüglich der Erschließung weiterer sozialer Kontakte für die BewohnerInnen heißt das, dass von Seiten des Heims darauf zu achten ist, dass Maßnahmen zur Steigerung der Anzahl und Intensität der Sozialkontakte (z.B. durch den Einsatz von Zivildienern, Ehrenamtlichen oder freiwilligen Besuchsdiensten) nicht ausschließlich auf BewohnerInnen zielen, die keine externen Kontakte pflegen. Auch BewohnerInnen mit bestehenden Sozialkontakten zu Familie oder FreundInnen können im Alters- oder Pflegeheim unabhängig von der Anzahl oder Häufigkeit ihrer Kontakte Gefühle von Einsamkeit erleben – weitere, zusätzliche Kontakte zu freiwilligen Besuchsdiensten oder ehrenamtlichen MitarbeiterInnen können Gefühle von Einsamkeit reduzieren und positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden dieser BewohnerInnen erzielen.

Mit diesen im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Maßnahmen zur Unterstützung und Förderung sozialer Kontakte im Alters- und Pflegeheim wäre ein weiterer, bedeutender Schritt in Richtung einer umfassenden personen- und familienorientierten Pflege geleistet.

5 LITERATURVERZEICHNIS

Achterberg, W.; Pot, A. M.; Kerkstra, A.; Ribbe, M.: Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents; in: International Journal of Geriatric Psychiatry, 2006, 21, 1156-1162

Ackermann, A.: Empirische Untersuchungen in der stationären Altenhilfe – Relevanz und methodische Besonderheiten der gerontologischen Interventionsforschung mit Pflegeheimbewohnern; in: Oswald, W. D.; Kaiser, H. J. (Hrsg.): Erlanger Beiträge zur Gerontologie; Band 4; Münster, 2005

Adler, G.; Tremmel, S.; Brassen, S.; Scheib, A.: Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 2000; 33; 210-216

Albrecht, P.-G.: Zufriedenheit im Altenpflegeheim – Aus der Sicht von Heimbewohnerinnen; in: Caritasverband Magdeburg (Hrsg.): Altenpflege im Dialog – ein Werkheft; Hannover, 2003

Altmann, S.: Die Übersiedlung alter, pflegedürftiger Menschen in das Pflegeheim unter besonderer Berücksichtigung der Angehörigen; Diplomarbeit an der Universität Wien, 2006

Amrhein, L.; Backes, G. M.: Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 2007; 40; 104-111

Backes, G. M.; Clemens, W.: Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung; Weinheim/München, 2003²

Badelt, C.; et al.: Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems; Wien, 1997a

Badelt, C. (Hrsg.): Beziehungen zwischen Generationen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Tagung der ÖGIF im November 1995 in Linz; Band 4; Wien, 1997b

Bengtson, V. L.; Mangen, D. J.: Family Intergenerational Solidarity Revisited: Suggestions for Future Management; in: Mangen, D.J.; Bengtson, V.L.; Landry, P.H. (Hrsg.): Measurement of Intergenerational Relations; Newbury Park, Calif. (u.a.), 1988; S. 222-238

Bertram, H.: Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland: Die multilokale Mehrgenerationenfamilie; in: Kohli, Martin; Szydlik, Marc (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft, in: Kohli, Martin (Hrsg.): Lebenslauf – Alter – Generation; Band 3, Opladen, 2000; S. 97-121

Beyer, M.: Altersbilder und das Verständnis von Gesundheit im Alter aus der Sicht älterer russlanddeutscher Spätaussiedler; in: Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext; Bern, 2003

Biegenzahn, H.: Abgeschoben? Heimaufnahme als Zäsur im Leben alter Menschen; Diplomarbeit an der Universität Wien, 2005

Blom, M.; Duijnste, M.: Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen; Bern, 1999

bmsk (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz): Altenheime und Pflegeheime in Österreich: West (Salzburg, Tirol, Vorarlberg), Mitte (Kärnten, Oberösterreich, Steiermark), Ost (Burgenland, Niederösterreich, Wien), Wien, 2006⁶

Boise, L.; White, D.: The Family's Role in Person-Centered Care: Practice Considerations; in: Journal of Psychosocial Nursing; 2004, 42(5), S. 12-20

Branahl, G.; Stellfeld-Ostendorf, R.: Alles tun, weil man Familie ist; in: Schnepf, Wilfried (Hrsg.): Angehörige pflegen; Bern, 2002, S. 135-177

Brannen, J.; Moss, P.; Mooney, A.: Working and Caringover the Twentieth Century: Change and Continuity in Four-Generation Families; Basingstoke, 2004

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz; Wien, 2004

Büscher, A.: Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf familiäre Pflegesituationen; in: Schnepf, Wilfried (Hrsg.): Angehörige pflegen; Bern, 2002

Carmel, S.; Baron-Epel, O.; Shemy, G.: The will-to-live and survival at old age: Gender differences; in: Social Science & Medicine; 2007; 65; 518-523

Dallinger, U.: Ökonomie der Moral: Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf aus handlungstheoretischer Perspektive; Opladen, 1997

Dewing, J.: Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people; in: International Journal of Older People Nursing, in Zusammenarbeit mit: Journal of Clinical Nursing; 2004, 13(3a), 39-44

Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen; Reinbek bei Hamburg, 2006¹⁶

Döhring, B. (Hrsg.): Zu Hause leben oder im Altenheim: Eine Entscheidungshilfe für ältere Menschen und ihre Familien; Frankfurt am Main, 1989

Drees, A.; Lüdemann, D.: Heimpflegeplatz – vom Angebot zum Vertrag: Ein Ratgeber für Angehörige, Bewohner und stationäre Einrichtungen; Hannover, 2003

Erlach-Stickler, G.: Wie erleben alte Menschen den Eintritt in ein niederösterreichisches Landes-Pensionisten- und Pflegeheim?: welche Faktoren tragen dazu bei, dass ein Heimeintritt positiv erlebt wird?; Diplomarbeit an der Universität Wien, 2005

Finch, J.: Family Obligations and Social Change; Cambridge, 1989

Friedmann, M.-L.: Familien- und umweltbezogene Pflege: Die Theorie des systemischen Gleichgewichts; Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 1996

Frommer, J.; Rennie, D. L.: Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung; in: Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie; 2006; 56; 210-217

Gaugler, J. E.; Pearlin, L. I.; Leitsch, S. A.; Davey, A.: Relinquishing in-home dementia care: Difficulties and perceived helpfulness during the nursing home transition; in: American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias; 2001; 16; 32-42

Gaugler, J. E.; Zarit, S. H.; Pearlin, L. I.: Family Involvement Following Institutionalization: Modeling Nursing Home Visits Over Time; in: International Journal of Aging and Human Development, 2003, 57(2), 91-117

Goffman, E.: Asyl: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen; Frankfurt am Main, 1973

Häggström, E.; Kihlgren, A.: Experiences of Caregivers and Relatives in Public Nursing Homes; in: Nursing Ethics; 2007; 14 (5); 691-701

Hallwirth-Spörk, C.: Befragung von BewohnerInnen des CS Pflege- und Sozialzentrums; in: Seidl, E.; Staňková, M.; Walter, I. (Hrsg.): Autonomie im Alter: Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege; Wien, 2000; S. 192-220

Harris, P. B.; Bichler, J.: Men Giving Care: Reflections of Husbands and Sons; in: Harris, D.K. (Hrsg.): Issues in Aging, Band 7, New York/London, 1997

Häußermann, H.; Siebel, W.: Wohnen und Familie; in: Nave-Herz, R. (Hrsg.): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland: Eine zeitgeschichtliche Analyse; Stuttgart, 2002b (in: Krappmann, L.; Schneewind, K. A.; Vaskovics, L. A.: Der Mensch als soziales und personales Wesen; Band 19, Stuttgart, 2002), S 183-205

Heeg, S.: Verbesserte Wohnkonzepte für Menschen im Heim aus der Sicht einer Architektin; in: Kruse, A.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?; Bern, 1994; S. 219-230

Höpflinger, F.: Weibliche Erwerbsbiographien und Abhängigkeiten zwischen den Generationen, in: Lüscher, K.; Schultheis, F. (Hrsg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften; Konstanz, 1993; S. 299-310 (in: Fisch, R.; Lüscher, K.(Hrsg.): Konstanzer Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Band 7; Konstanz, 1993)

Hörl, J.: Lebensführung im Alter – Zwischen Familie und sozialen Dienstleistungen, Heidelberg/Wiesbaden, 1992

Horn, A.: Man wächst da einfach rein; in: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen; Bern, 2002, S. 14-40

Jagsch, C.; Wintgen-Samhaber, I.; Zapotoczky, K.: Lebensqualität im Seniorenheim: Medizinische, psychotherapeutische und soziologische Aspekte; Linz, 2005

Jerrone, D.: Ties that bind; in: Walker, A. (Hrsg.): The new generational contract: Intergenerational relations, old age and welfare; London, 1996; S. 81-99

Jorge da Silva Mendes, J. M.: Der Einfluss sozialer Beziehungen auf die Lebenszufriedenheit älterer Menschen; Diplomarbeit an der Universität Wien, 2004

Josat, S.; Schubert, H.-J.; Schnell, M. W.; Köck, C.: Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind; in: Pflege; 2006; 19; 79-87

Junkers, G.: Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns; Stuttgart, 1995

Kao, H.-F. S.; Travis, S. S.; Acton, G. J.: Relocation to a Long-Term Care Facility: Working With Patients and Families Before, During, and After; in: Journal of Psychosocial Nursing; 2004, 42(3), 10-16

Keller, M.: Alles wird anders; in: Krankenpflege/Soins infirmiers; 1999; 5; 18-21

Kellett, U. M.: Transition in care: family carers' experience of nursing home placement; in: Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(6), 1474-81

Kellet, U. M.: Searching for new possibilities to care: a qualitative analysis of family caring involvement in nursing homes; in: Nursing Inquiry; 1999; 6; 9-16

Kikowsky, R.: Sozialbeziehungen, affektive und somatische Befindlichkeitsstörungen alter Menschen in Seniorenheimen; Diplomarbeit an der Universität Wien, 1996

Kleibel, V.; Mayer, H.: Literaturrecherche für Gesundheitsberufe; Wien, 2005

Klein, T.; Salaske, I.; Schilling, H.; Schneider, S.; Wunder, E.: Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1997, 30, 54-67

Klingensfeld, H.: Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen: Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluss auf die Anpassungsleistung an das Heimleben; Frankfurt am Main, 1999

Kohli, M.; Szydlik, M. (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft, in: Kohli, M. (Hrsg.): Lebenslauf – Alter – Generation; Band 3, Opladen, 2000

Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege: Eine Herausforderung und verschiedene Antworten; Frankfurt am Main, 2001

Kontos, P. C.: Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centred care; in: *Dementia*; 2005, 4(4), 553-570

Köther, I.; Gnam, E. (Hrsg.): Altenpflege in Ausbildung und Praxis; Stuttgart, 2000⁴

Kruse, A.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?; Bern, 1994

Kruse, A.; Wahl, H.-W.: Soziale Beziehungen; in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1999, 32, 333-347

Kühnemund, H.; Motel, A.: Verbreitung, Motivation und Entwicklungsperspektiven privater intergenerationaler Hilfeleistungen und Transfers; in: Kohli, M.; Szydlik, M. (Hrsg.): *Generationen in Familie und Gesellschaft*, in: Kohli, M. (Hrsg.): *Lebenslauf – Alter – Generation*; Band 3, Opladen, 2000; S. 122-137

Lackner, R.: Alt und Jung: Generationenbeziehungen - Generationenkonflikte?; Diplomarbeit an der Universität Wien, 1993

Langfeldt-Nagel, M.: Gesprächsführung in der Altenpflege; in: *Reinhardts Gerontologische Reihe*, Band 32; München, 2004

Lehr, U. (Hrsg.): Altern – Tatsachen und Perspektiven; Bonn, 1983

Lehr, U.: Psychologie des Alterns; Wiebelsheim, 2007¹¹

Lensing, T.: Vorschau oder Rückblick? Lebensziele von Menschen im Altenheim; in: Moers, M.; Schiemann, D.; Schnepf, W. (Hrsg.): *Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen*; Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 1999; S. 27-78

Liken, M. A.: Managing Transitions and Placement of Caring for a Relative With Alzheimer's Disease; in: *Home Health Care Management & Practice*; 2001; 14 (1); 31-39

Liken, M. A.: Critical Incidents Precipitating Institutionalization of a Relative With Alzheimer's; in: *Western Journal of Nursing Research*; 2001; 23 (2); 163-178

Liken, M. A.: Caregivers in Crisis; in: *Clinical Nursing Research*; 2001; 10 (1); 52-68

Löschner, K.: Familiäre und außerfamiliäre Kontakte alter Menschen; in: *Wilhelmi, B. (Hrsg.): Persönliche Beziehungen in Kindheit, Erwachsenenleben und Alter*; Jena, 1988

Lowenstein, A.: Intergenerational family relations and social support; in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1999, 32, 398-406

Lucassen, M.: Holland in Not?; in: Bartels, A.; Jenrich, H. (Hrsg.): Alt werden in Europa: Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe; Frankfurt am Main, 2004; S. 81-87

Lundh, U.; Sandberg, J.; Nolan, M.: 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden; in: Journal of Advanced Nursing; 2000; 32 (5); 1178-1186

Lüscher, K.; Liegle, L.: Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft; Konstanz, 2003

Lüscher, K., Schultheis, F. (Hrsg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften: Analysen zum Verhältnis von Individuum, Familie, Staat und Gesellschaft; in: Fisch, R.; Lüscher, K. (Hrsg.): Konstanzer Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Band 7; Konstanz, 1993

Maas, M.; et al.: The caring partnership: Staff and families of persons institutionalized with Alzheimer's disease; in: The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 1994, 6, 21-30

Mai, R.: Die Alten der Zukunft: eine bevölkerungsstatistische Datenanalyse; in: Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Band 32; Opladen, 2003

Mangen, D.J.: Measuring Intergenerational Family Relations; in: Mangen, D.J.; Bengtson, V.L.; Landry, P.H. (Hrsg.): Measurement of Intergenerational Relations; Newbury Park, Calif. (u.a.), 1988; S. 31-55

Mangen, D.J.; Bengtson, V.L.; Landry, P.H. (Hrsg.): Measurement of Intergenerational Relations; Newbury Park, Calif. (u.a.), 1988

Marbach, J. H.: Sozialer Tausch unter drei familiär verbundenen Generationen; in: Mansel, J.; Rosenthal, G.; Tölke, A. (Hrsg.): Generationen-Beziehungen, Austausch und Tradierung; Opladen, 1997; S. 85-96

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken; Weinheim/Basel, 2003⁸

McChesney, K. Y.; Bengtson, V. L.: Solidarity, Integration, and Cohesion in Families: Concepts and Theories; in: Mangen, D. J.; Bengtson, V. L.; Landry, P. H. (Hrsg.): Measurement of Intergenerational Relations; Newbury Park, Calif. (u.a.), 1988; S. 15-30

McCormack, B.: A conceptual framework for person-centred practice with older people; in: International Journal of Nursing Practice; 2003, 9, 202-209

McGannon, A.: Families in distress: Making a long-term care placement for someone with Alzheimer's disease; in: The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 1993, 1, 2-5

Miklautz, M.: Aktivsein in Senioren- und Pflegeheimen: Eine deskriptive Studie; in: Europäische Hochschulschriften, Reihe VI Psychologie, Band 742; Frankfurt am Main, 2006

Miller, W. L.: The Clinical Hand: A Curricular Map for Relationship-centered Care; in: Family Medicine, 2004, 36(5), 330-5; <http://www.stfm.org/fmhub/fm2004/May/William330.pdf> - Zugriff am 20.09.2007

Mitrani, V. B.; et al.: The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers: A Structural Family Framework; in: The Gerontologist, 2006, 46 (1), 97-105

Nauck, B.: Families in Turkey; in: Nave-Herz, R. (Hrsg.): Family Change and Intergenerational Relations in Different Cultures; Würzburg, 2002, S. 11-48 (in: Busch, F.W.; Nauck, B.; Nave-Herz, R. (Hrsg.): Familie und Gesellschaft; Band 9; Würzburg, 2002)

Nave-Herz, R. (Hrsg.): Family Change and Intergenerational Relations in Different Cultures; Würzburg, 2002a (in: Busch, F.W.; Nauck, B.; Nave-Herz, R. (Hrsg.): Familie und Gesellschaft; Band 9; Würzburg, 2002)

Nave-Herz, R. (Hrsg.): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland: Eine zeitgeschichtliche Analyse; Stuttgart, 2002b (in: Krappmann, L.; Schneewind, K.A.; Vaskovics, L.A.: Der Mensch als soziales und personales Wesen; Band 19, Stuttgart, 2002)

Nave-Herz, R.: Ehe- und Familiensoziologie: Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde; Weinheim/München, 2004

Nolan, M. R.; et al.: Beyond 'person-centered' care: a new vision for gerontological nursing; in: International Journal of Older People Nursing, in Zusammenarbeit mit: Journal of Clinical Nursing; 2004; 13 (3a); 45-53

Olbrich, E.: Altern – Soziale Aspekte; in: Lehr, U. (Hrsg.): Altern – Tatsachen und Perspektiven; Bonn, 1983; S. 123-146

Olbrich, E.: Der ältere Mensch in der Interaktion mit seiner sozialen Umwelt: Inter- und intraindividuelle Unterschiede; Bonn, 1976

Oleson, M.; McGlynn Shadick, K.: Application of Moos and Schaefer's (1986) model to nursing care of elderly persons relocating to a nursing home; in: Journal of Advanced Nursing, 1993, 18, 479-485

Peuckert, R.: Familienformen im sozialen Wandel; Opladen, 1991

Phillips, C. D.; et al.: It's a family affair: consumer advocacy for nursing-home residents in the United States; in: Aging & Society, 2008, 28, 67-84

Philp, Ian (Hrsg.): Family Care of Older People in Europe; in: Biomedical and Health Research; Vol. 46; Amsterdam/Berlin/Oxford/Tokyo/Washington, DC, 2001

Pilkington, F. B.: Grieving a Loss: The Lived Experience for Elders Residing in an Institution; in: Nursing Science Quarterly, 2005, 18 (3), 233-242

Pinquart, M.: Das Selbstkonzept im Seniorenalter; Weinheim, 1998

Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P.: Lehrbuch Pflegeforschung – Methodik, Beurteilung und Anwendung; Bern, 2004

Port, C.L.; Zimmerman, S.; Williams, C.S.; Dobbs, D.; Preisser, J.S.; Williams, S.W.: Families Filling the Gap: Comparing Family Involvement for Assisted Living and Nursing Home Residents with Dementia; in: The Gerontologist, 2005, 45, 87-95

Pynoos, J.; Liebig, P. S. (Hrsg.): Housing Frail Elders: International Policies, Perspectives, and Prospects; Baltimore/London, 1995

Qureshi, H.: Obligations and support within families; in: Walker, A. (Hrsg.): The new generational contract: Intergenerational relations, old age and welfare; London, 1996; 100-119

Rein, M.: Solidarity Between Generations: A Five-Country Study of the Social Process of Aging; Wien, 1994

Reiterer, A. F.: Gesellschaft in Österreich – Struktur und Sozialer Wandel im globalen Vergleich; Wien, 2003³

Robison, J.; et al.: Partners in Caregiving in a Special Care Environment: Cooperative Communication Between Staff and Families on Dementia Units; in: The Gerontologist, 2007, 47 (4), 504-515

Rosenmayr, L.: Die Kräfte des Alters; Wien, 1990

Rottenhofer, I.; Wild, M.: Jenseits von Wien; in: Bartels, A.; Jenrich, H.: Alt werden in Europa: Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe; Frankfurt am Main, 2004; S. 93-99

Ryan, A. A.; Scullion, H. F.: Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers; in: Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(5), 1187-1195

Sandberg, J.; Lundh, U.; Nolan, M. R.: Placing a spouse in a care home: the importance of keeping; in: Journal of Clinical Nursing, 2001, 10 (3), 406-416

Schaffnerberger, E.; Pochobradky, E.: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz 2003; Wien, 2004

Schnelle, J. F.; Reuben, D. B.: Long-Term Care in the Nursing Home; in: Calkins, E.; Boulton, C.; Wagner, E.H.; Pacala, J.T. (Hrsg.): New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence; New York, 1999; S. 168-181

Schnepp, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen; Bern, 2002a

Schnepp, W.: Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler – Funktion und Gestaltung; Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2002b

Scholta, M.: Pflege und Betreuung als Generationenproblem am Beispiel der alten Menschen; in: Badelt, C. (Hrsg.): Beziehungen zwischen Generationen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Tagung der ÖGIF im November 1995 in Linz; Band 4; Wien, 1997; S. 59-72

Schulz, W.: Einführung in die Soziologie; Wien, 1998⁵

Scocco, P.; Rapattoni, M.; Fantoni, G.: Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?; in: International Journal of Geriatric Psychiatry, 2006, 21, 281-87

Seidl, E.; Staňková, M.; Walter, I. (Hrsg.): Autonomie im Alter: Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege; Wien, 2000

Seidl, E.; Walter, I.: Daheim im Pflegeheim – Eine qualitative Studie mit HeimbewohnerInnen; in: Seidl, E.; Walter, I. (Hrsg.): Pflegeforschung Aktuell: Studien – Kommentare – Berichte; Pflegewissenschaft heute, Band 7; Wien/München/Bern, 2002; S. 13-90

Seidl, E.; Walter, I.; Labenbacher, S.: Studie I – Belastungen und Entlastungsstrategien pflegender Angehöriger; in: Seidl, E.; Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt: Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen; Wien/Köln/Weimar, 2007; S. 33-73

Seidl, E.; Labenbacher, S.; Ganaus, P.: Studie II – Bedürfnisse pflegender Angehöriger; in: Seidl, E.; Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt: Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen; Wien/Köln/Weimar, 2007; S. 73-118

Sieder, R.: Sozialgeschichte der Familie; Frankfurt am Main, 1987

Singly, F. de: Die Familie der Moderne: eine soziologische Einführung; Konstanz, 1994

Souza, E. M. de; Grundy, E.: Intergenerational interaction, social capital and health: Results from a randomised controlled trial in Brazil; in: Social Science & Medicine, 2007, 65, 1397-1409

Stäheli, K.: Wohnen im Alter – Überlegungen und Ratschläge zum Eintritt ins Altersheim; Zürich, 2001

Staňková, M.; Walter, I.: Vernetzung von Spitals- und Hauskrankenpflege bei alten Menschen in der Tschechischen Republik; in: Seidl, E.; Staňková, M.; Walter, I. (Hrsg.): Autonomie im Alter: Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege; Wien, 2000; S. 166-187

Statistisches Amt der Stadt Wien: Statistisches Taschenbuch der Stadt Wien – Ausgabe 2005; Wien, 2005

Statistisches Bundesamt Deutschland: Datenreport 2004; http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2004/Datenreport/Statement_Radernacher.psml; Zugriff am 11.01.2009

Strang, V. R.; et al.: Family Caregivers and Transition to Long-Term Care; in: Clinical Nursing Research, 2006, 15 (1), 27-45

Streit, E.; Haijer, J.: Die ambulante Pflege älterer Menschen in den Niederlanden; in: Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege: Eine Herausforderung und verschiedene Antworten; Frankfurt am Main, 2001; S. 95-108

Suchman, A. L.: A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care – Complex Responsive Process of Relating; in: Journal of General Internal Medicine, 2006, 21, S40-44

Szydlik, M.: Lebenslange Solidarität?: Generationenbeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und Eltern; in: Kohli, M. (Hrsg.): Lebenslauf – Alter – Generation; 2. Band; Opladen, 2000

Talerico, K. A.; O'Brien, J. A.; Swafford, K. L.: Person-Centered Care: An Important Approach for 21st Century Health Care; in: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2003, 41(11), 12-16

Talerico, K. A., Boise, L.; White, D.: The Family's Role in Person-Centered Care; in: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2004, 42(5), 12-20

Thiele, C.; Feichtinger, L.; Baumann, U.; Mitmansgruber, H.; Somweber, M.: Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2002, 35, 556-64

Thomae, H.: Alternsstile und Altersschicksale: Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie; Bern/Stuttgart/Wien, 1983

Tinnefeldt, G.: Lebensqualität im Altersheim; in: Basler, H.-D.; Keil, S. (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter; Graftschaft, 2002; S. 145-170

Tüsün, S.: Wenn türkische Frauen pflegen, in: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen; Bern, 2002; S. 90-111

Wada, S.: The Status and Image of the Elderly in Japan: Understanding the Paternalistic Ideology; in: Featherstone, M.; Wernick, A. (Hrsg.): Images of Aging: Cultural representations of later life; London/NewYork, 1995; S. 48-60

Wagner, M.: Über die Bedeutung von Partnerschaft und Elternschaft im Alter; in: Mansel, J.; Rosenthal, G.; Tölke, A. (Hrsg.): Generationen-Beziehungen, Austausch und Tradierung; Opladen, 1997; S. 121-136

Wagner, M.: Familie und soziales Netzwerk; in: Nave-Herz, R. (Hrsg.): Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland: eine zeitgeschichtliche Analyse; Stuttgart, 2002; S. 227-252 (in: Krappmann, L.; Schneewind, K.A.; Vaskovics, L.A. (Hrsg.): Der Mensch als soziales und personales Wesen; Band 19; Stuttgart, 2002)

Walker, A.: Intergenerational relations and the provision of welfare; in: Walker, A. (Hrsg.): The new generational contract: Intergenerational relations, old age and welfare; London, 1996; S. 10-36

Walker, A. (Hrsg.): The new generational contract: Intergenerational relations, old age and welfare; London, 1996

Walker, C. A.; Curry, L. C.; Hogstel, M. O.: Relocation Stress Syndrome in Older Adults Transitioning from Home to a Long-Term Care Facility: Myth or Reality?; in: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2007, 45(1), 38-45

Walter, U.; et al.: Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis; in: Backes, G.M.; Clemens, W. (Hrsg.): Alter(n) und Gesellschaft, Band 11; Wiesbaden, 2006

Walter, W.: Unterstützungsnetzwerke und Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat; in: Lüscher, K.; Schultheis, F. (Hrsg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften; Konstanz, 1993; S. 331-354 (in: Fisch, R.; Lüscher, K. (Hrsg.): Konstanzer Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Band 7; Konstanz, 1993)

Wehrli-Schindler, B.: Wohnen im Alter: zwischen Zuhause und Heim: braucht es neue Wohnformen für Betagte?; Zürich, 1997

Weman, K.; Kihlgren, M.; Fagerberg, I.: Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered Nurses' views of their working situation and co-operation with family members; in: Journal of Clinical Nursing, 2004, 13, 617-626

Wiesendanger, A.; Langhard, B.: „Ich warte immer darauf, dass sie kommen.“ – Der Kontakt zu den Familienangehörigen; in: Kesselring, A. (Hrsg.): Die Lebenswelt der Patienten: Pflegewissenschaftliche Studien; Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 1996; S. 73-92

Wild, Monika: Ambulante Pflege und Betreuung in Österreich; in: Kollak, Ingrid (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege: Eine Herausforderung und verschiedene Antworten; Frankfurt am Main, 2001; S.35-50

Yalcin, S.: Wackelige Tradition; in: Bartels, A.; Jenrich, H. (Hrsg.): Alt werden in Europa: Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe; Frankfurt am Main, 2004; S. 143-146

Yoo, D.-J.: Family Structure in South Korea; in: Nave-Herz, R. (Hrsg.): Family Change and Intergenerational Relations in Different Cultures; Würzburg, 2002, S. 49-84 (in: Busch, F.W.; Nauck, B.; Nave-Herz, R. (Hrsg.): Familie und Gesellschaft; Band 9; Würzburg, 2002)

Yoo, D.-J.: Der Strukturwandel der konfuzianischorientierten Familie in Südkorea; in: Nave-Herz, R.; Scholz, W. D. (Hrsg.): Beiträge zur Bildungs- und Familienforschung; Würzburg, 2005; S. 215-244

Zielke-Nadkarni, A.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext; Bern, 2003

Zürcher, K.: Pflegeheimeintritt; in: Holenstein, H. (Hrsg.): Spielräume in der Pflege; Bern, 1997;189-208

6 ANHANG

ABSTRACT

Two developments of modern society are resulting in important challenges for politics and professional care. One issue is the relative and absolute aging of people, the other one is the increasing necessity for help and care of those elderly people. The majority of caregivers are the “unprofessional” ones. Family members, neighbours or friends are providing care, in some cases partly supported by professionals. If care is not or no longer possible at home, it is inevitable that the old man or woman has to move to an elderly care home or a nursing home.

During lifetime, starting from early childhood, social contacts are of outstanding importance for humans. By being in contact with others, we are developing trust, gaining self-awareness and self-assurance. We are also getting the feeling of being part of a whole, and that we are belonging to someone and something. Finally, social contacts are serving to define one’s self-esteem. The importance of social contacts of elderly people has been researched in many studies.

This qualitative study focuses on the subjective experience of social contacts in the setting of a resident care home in Vienna: With whom are inhabitants of the elderly care home in touch and how do they experience their social contacts? Another focus of this research lies on the difficulties of getting in contact and keeping up these contacts among inhabitants and between inhabitants and visitors.

The results of this study prove that contacts with family members are the most important ones, followed by contacts to friends and to professional carers. The contact with other residents is often being perceived as problematic and full of conflicts. The counterpart of “Being in contact” is “Being alone”. Specifically “Being alone” contains the inhabitants’ feelings of loneliness and isolation, the faint and hardly communicated discontentment with the present situation. Modesty makes the occupants hiding their wishes and needs for being in contact. It is a task for the nursing homes and the professional carers to recognise the social needs of the occupants and to create an atmosphere that supports different social contacts within their institution.

ABSTRACT

Zwei aktuelle Entwicklungen der Gesellschaft stellen die Politik und Pflege vor große Herausforderungen: Zum einen das relative und absolute Älter-Werden der Bevölkerung, zum anderen die damit einhergehende Zunahme der Pflegebedürftigkeit alter Menschen. Die Versorgung und Pflege dieser Menschen geschieht zumeist (vorerst) innerhalb der Familien – zum Teil unterstützt durch mobile Pflegedienste. Oft ist eine Übersiedlung des alten, pflegebedürftigen Menschen in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe jedoch unumgänglich.

Über die gesamte Lebensspanne des Menschen hinweg spielen soziale Kontakte eine bedeutende Rolle, da sie wichtige Funktionen erfüllen: Für den Aufbau von Vertrauen, für die Entwicklung von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, aber auch für das Gefühl, zu einer Gruppe zu gehören und Teil eines Ganzen zu sein, sind Sozialkontakte von herausragender Bedeutung. Die Bedeutung von Sozialkontakten im Alter wurde bereits durch viele Studien bestätigt.

Diese Arbeit untersucht das subjektive Erleben sozialer Kontakte von BewohnerInnen im Alten- oder Pflegeheim: Welche sozialen Kontakte unterhalten BewohnerInnen und wie erleben sie diese? Ein weiterer Schwerpunkt der qualitativen Erhebung liegt auf der erlebten Schwierigkeit, im Alters- oder Pflegeheim Kontakte aufzubauen bzw. bestehende Kontakte zu pflegen.

Die Ergebnisse der Studie belegen die für die BewohnerInnen hohe Bedeutung der Kontakte zur Familie, sowie zu FreundInnen und zum Heimpersonal. Der Kontakt zu MitbewohnerInnen wird als problematisch und konfliktbeladen erlebt. Der Kategorie „In Kontakt sein“ steht „Alleine sein“ gegenüber: „Alleine sein“ umfasst die von den BewohnerInnen geschilderten Gefühle von Einsamkeit, die stille und selten geäußerte Unzufriedenheit mit ihrer Situation und die Bescheidenheit der BewohnerInnen, hinter der die Wünsche ihre Sozialkontakte betreffend verborgen werden. Aufgabe der Pflege und der Pflegenden muss es hier sein, die sozialen Bedürfnisse der BewohnerInnen (an) zu erkennen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die sowohl die Entstehung als auch die Pflege von Kontakten innerhalb einer Einrichtung der stationären Altenhilfe möglich machen.

Flexibler Interviewleitfaden²⁷³

„Soziale Kontakte im Alters- und Pflegeheim“

Allgemein:

- persönliche Vorstellung
- Hintergrund für das Interview
- Ablauf des Interviews
- Zusicherung der Anonymität
- Einverständnis zur Aufnahme des Gesprächs

1. Familiäre Kontakte jetzt und früher

- Wer kommt auf Besuch? / Wer ist denn da für Sie?
- Wer gehört zu Ihrer Familie?
- Wie häufig finden Besuche von Ihren Familienmitgliedern statt und wie lange dauern diese?
- Was machen Sie gemeinsam mit Ihrer Familie?
- Wie war das früher?
- Was ist jetzt das Schöne daran?

2. Rolle des Heim bei der Erhaltung familiärer Kontakte

- Wo kann man hier gut und ungestört reden?
- Ist die Familie willkommen von Seiten der Schwestern?
- Gibt es gemeinsame Gespräche (Schwestern – Angehörige – BewohnerInnen) und wie laufen diese ab?
- Begleiten Ihre Angehörigen Sie bei vom Heim organisierten Ausflügen?
- Hilft Ihre Familie hier im Alltag mit, z.B. durch Hilfe bei der Pflege/Kleiderreinigung?
- Was müsste anders sein, damit die Familie noch lieber kommt?

²⁷³ Der flexible Interviewleitfaden umfasst neben Anmerkungen für die Interviewerin über die im Vorfeld mit den jeweiligen InterviewpartnerInnen zu klärenden Themenfelder zwei Bereiche: Fragen zur familialen Verbundenheit bzw. zu familiären Kontakten und zur Rolle des Heims bei der Pflege der familiären Kontakte. Die Fragen der Interviewerin wurden zum besseren Verständnis an den Sprachgebrauch der Zielgruppe angepasst und daher möglichst wenig abstrakt formuliert (z.B. „Was machen Sie gemeinsam mit Ihrer Familie?“ statt „Gemeinsam mit der Familie durchgeführte Aktivitäten“) bzw. wurde teilweise zugunsten der von den BewohnerInnen verwendeten Begriffe auf korrekte Berufsbezeichnungen verzichtet (z.B. „Schwestern“ statt „Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal“).

Lebenslauf

Beatrix Breyll

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 5. Juli 1983
 Geburtsort: Wien
 Staatsangehörigkeit: Österreich

Ausbildung

09/1993 - 06/2001 Bundesgymnasium Wien XI
 06/2001 Matura
 10/2001 - 06/2003 Kolleg für Sozialpädagogik am Institut für Sozialpädagogik (spätere Bildungsanstalt für Sozialpädagogik)
 06/2003 Diplomabschluss Kolleg für Sozialpädagogik
 seit 10/2004 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
 seit 09/2007 Diplomarbeit „Erleben sozialer Kontakte im Alters- und Pflegeheim aus der Sicht der BewohnerInnen“

Berufliche Tätigkeiten (Auswahl)

11/2003 - 01/2008 Beschäftigung bei AUFTAKT-GmbH als Behindertenfachbetreuerin in einer Wohngemeinschaft für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
 01/2007 - 01/2008 Stellvertretende Wohngemeinschaftsleitung
 10/2007 - 02/2008 Tutorinnentätigkeit an der Universität Wien
 seit 02/2008 Leitung eines Basalen Tageszentrums bei HABIT Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH